CONCISE GUIDE TO

Psychodynamic Psychotherapy

Robert J. Ursano, M.D.

Stephen M. Sonnenberg, M.D.

Susan G. Lazar, M.D.

Психологическая и Психоаналитическая библиотека

под ред. профессоров Белкина А.И. и Съедина С.И.

Р. УРСАНО С. ЗОННЕНБЕРГ С. ЛАЗАР

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Выпуск 3

Предлагаемая читателям книга современных американских авторов — докторов УРСАНО, ЗОННЕНБЕРГА и ЛАЗАРА, преподавателей Вашингтонского Психоаналитического института — краткое руководство по проблемам психодинамической (психоаналитической) психотерапии. В ней изложены цели, принципы, техника, начало, процесс и завершение лечения по методу психодинамической психотерапии, впервые освещены основные организационные вопросы психоаналитической психотерапии, уделено внимание краткосрочной психодинамической терапии, психотерапии пограничных расстройств личности и поддерживающей психотерапии.

Для психотерапевтов, психиатров, психологов.

Общая редакция и вступительная статья доктора медицинских наук

А.И.БЕЛКИНА

Перевод с английского Л.Г.Герцика

ISBN 5 — 7066 — 004 — X

ОГЛАВЛЕНИЕ

С момента воссоздания Российской психоаналитической ассоциации в самом начале 1990 года одним из основных направлений ее деятельности стала работа по интеграции с мировым психоаналитическим сообществом.

В то время как в России на протяжении более чем 60 лет любая психоаналитическая работа была практически запрещена и отечественная школа, пользовавшаяся заслуженным уважением коллег во всем мире, была до основания разрушена, везде в странах Запада психоанализ развивался, оказывая все большее влияние не только на медицину, но и на науки об обществе, культуру.

Догонять всегда трудно. Мы начали с того, что организовали программу для пятидесяти счастливцев, московских психиатров и психологов, которые смогли обучаться психоаналитической психотерапии под руководством специалистов из Филадельфийского Психоаналитического института. К ним скоро присоединились преподаватели из других стран, в числе слушателей появились коллеги из многих областей и регионов России, стран СНГ. Сегодня Ассоциация стоит на пороге открытия новой обучающей программы, построенной в соответствии с высокими международными стандартами, совместно с Британским психоаналитическим обществом.

Мы хорошо знаем, что любые обучающие программы — это удел немногих. Для того, чтобы расширить круг тех, кто хотел бы черпать знания и информацию о психоанализе и его применении в разных областях человеческой деятельности, мы основали первый в истории России психоаналитический журнал — "Российский психоаналитический вестник". На его страницах читатели найдут как современные отечественные работы, так и неиздававшуюся психоаналитическую классику, статьи наших коллег из-за рубежа.

Деятельность Ассоциации с самого начала была поддержана Международной психоаналитической ассоциацией. На последнем конгрессе в Буэнос-Айресе в 1991 году РПА стала первой восточноевропейской психоаналитической группой, получивший официальный статус под эгидой Международной психоаналитической ассоциации.

Сегодня мы делаем первый шаг в направлении, которое станет для Ассоциации одним из важнейших в ее деятельности. Это направление — создание банка переведенной на русский язык современной психоаналитической литературы.

До сих пор отечественный читатель ке имел в своем распоряжении ни одного практического руководства по психоаналитической психотерапии. Возможности чтения на русском языке ограничивались 'работами Фрейда, некоторых его современников, а также несколькими "околофрейдистскими" книгами, например, Эрика Берна. Мы сознательно выбрали для первой публикации книгу, которую вам предстоит прочесть. Мы надеемся, что те наши читатели, которые знакомы с теоретическими основами психоанализа, смогут найти в ней практическое пособие, которое поможет им начать собственную психоаналитическую психотерапевтическую практику. Мы не знаем другого текста, где столь же удачно теоретическая глубина сочеталась бы с простотой и ясностью изложения. Книга исчерпывающе трактует все аспекты и проблемы, возникающие в связи с осуществлением психоаналитической психотерапии. Она окажется в одинаковой мере полезна и тем, пусть не очень многим, кто собирается посвятить себя в основном психоаналитической практике, и тем очень многим среди психиатров, психотерапевтов и практических психологов, кто хочет пополнить свой профессиональный багаж за счет психоаналитических концепций и техник.

Права на русское издание книги были безвозмездно предоставлены Ассоциации американским издательством "Америкэн Сайкиэтрик Пресс" при содействии комитета по сотрудничеству с Россией Американской психоаналитической ассоциации (председатель — доктор Х.Куртис).

Российская психоаналитическая ассоциация выражает сердечную благодарность Генеральному директору Фонда социальной адаптации военнослужащих "Тесей" Павлу Григорьевичу Малому за помощь в осуществлении данного издания.

Председатель правления РПА, доктор медицинских наук, профессор А.И.Белкин

Исполнительный директор РПА Л.Г.Герцик

ВВЕДЕНИЕ К СЕРИИ "КРАТКИЕ РУКОВОДСТВА", ИЗДАВАЕМОЙ ИЗДАТЕЛЬСТВОМ "АМЕРИКЭН САЙКИЭТРИК ПРЕСС"

Серия "Кратких руководств", издаваемая "Америкэн Сайкиэтрик Пресс", предоставляет в наиболее удобном формате практическую информацию для психиатров, особенно для тех, кто начинает свою карьеру в различных условиях — таких как психиатрический стационар, амбулаторная клиника, консультативная служба и частная практика. Цель "Кратких руководств" — подготовка к более подробной информации, которая может быть получена из более солидных по объему изданий. Эти книжки, являясь как бы "путеводителями", определяют темы, наиболее важные для психиатров-практиков. В них включаются: оглавление, предметный указатель, таблицы и графики, которые легко использовать. Размер позволяет носить их в кармане и тем самым делает "походным" и очень удобным источником разнообразной информации. Число ссылок в этом издании сокращено до наиболее, по нашему мнению, важных для врача.

Д-ра Урсано, Зонненберг и Лазар подготовили прекрасное краткое изложение наиболее важных принципов психодинамической психотерапии. Все они преподают в Вашингтонском психоаналитическом институте и являются уважаемыми экспертами в этой области терапии. Эти авторы сумели дать глубокий обзор материала по многим вопросам, который так необходим начинающим терапевтам, изучающим психодинамическую психотерапию. Они построили свою книгу очень логично, расположив материал так, чтобы высветить ключевые проблемы, имеющие важнейшее значение для начинающего психотерапевта.

Авторы начинают свою книгу (глава 1) с обсуждения важных вопросов в отношении целей, организации и техники психодинамической терапии. Затем они переходят к обследованию пациентов (глава 2). Каким образом нужно приступать к их оценке? Что такое — психодинамическая оценка? Каковы критерии отбора, к которым следует прибегать при определении пригодности того или иного пациента для психодинамической психотерапии? В той же главе обсуждаются практические вопросы начала лечения пациентов с помощью психодинамической психотерапии (глава 3). Сюда входит и ознакомление пациентов с тем, что они могут ожидать от психотерапевтического процесса. Здесь также обсуждаются вопросы абстиненции: как объяснить пациенту, что в ходе лечебного процесса терапевту необходимо быть менее вербально активным. Затем авторы переходят к обсуждению практических вопросов безопасности и основных проблем, встающих перед врачом, выделяя особо то, какими могут стать самые первые впечатления терапевта в отношении трансфера, защиты и сопротивления.

Ими представлены четыре удивительные главы, в которых даны в концентрированном виде главные вопросы психодинамической психиатрии: сопротивление и защита (глава 4), трансфер (глава 5), контртрансфер (глава 6) и сновидения (глава 7). Материал каждой из этих глав отлично организован и содержит кладезь практических клинических знаний, столь необходимых для начинающего терапевта. Например, авторы указывают на способы интерпретации сопротивлений и работы защитных механизмов, а также обсуждают важную тему трансферного сопротивления. Они также дают нам превосходное краткое описание различных форм трансфера и контртрансфера и достаточно глубоко обсуждают вопрос об использовании сновидений пациента в психотерапевтическом процессе.

Открывая книжку обсуждением вопросов, возникающих в начале терапии, авторы посвящают отдельную главу проблемам завершения лечения (глава 8). В этой главе они рассказывают о том, как выявить приближение завершающей стадии, каковы при этом основные задачи терапевта, каким образом можно определить степень успеха лечения и каковы те чувства, которые может испытывать врач при окончании лечебного процесса. Мне особенно понравилась глава 9, в которой обсуждению подвергаются многие вопросы, которые обычно не содержатся в стандартных учебных программах: какой должна быть обстановка кабинета врача, его гонорары, отношение к телефонным звонкам, планирование отпусков, работа с опасными и склонными к самоубийству пациентами, как поступать с подарками, как дать пациенту нужный совет, отношение к сопутствующим заболеваниям пациента и что необходимо предпринять, если терапевт допускает ошибку.

Остальные три главы сосредотачивают главное внимание на трех темах, которые имеют важное значение в психодинамической психотерапии: краткосрочная психодинамическая терапия (глава 10), психотерапия пограничных расстройств личности (глава 11) и поддерживающая психотерапия (глава 12). Что касается краткосрочной психодинамической и поддерживающей психотерапии, то здесь авторы советуют, каким образом следует отбирать пациентов для каждого из видов такого лечения и какую именно технику при этом нужно применять. В главе, посвященной лечению пациентов с пограничными расстройствами личности, авторы обсуждают вопросы диагностики, конфликтов, которые могут возникнуть между пациентом и терапевтом, каким образом нужно начинать психотерапию с такими пациентами, вопросы контртрансфера и как нужно работать с защитами пограничных пациентов. Они также обращают внимание на проблемы, касающиеся нарцистических и шизоидных пациентов, которые могут оказаться "крепким орешком" для терапевта.

Это поистине выдающееся издание особенно будет полезно для врачей-стажеров, студентов-медиков и клиницистов, которые хотят получить краткое изложение основ психодинамической психотерапии. Авторы включили в книгу много таблиц, которые в кратком виде, наглядно представляют важнейшие пункты, содержащиеся в каждой главе, необходимые для понимания представленного клинического материала. Книга написана простым, доходчивым языком и содержит четкую клиническую информацию. Авторы продемонстрировали свою удивительную способность представлять сложнейший материал в связной, но весьма краткой форме. Они основывались в своей работе на последних достижениях в этой области медицины.

Д-ра Урсано, Зонненберг и Лазар подготовили удивительную книжку карманного формата, которая сможет помочь психиатрам и другим специалистам, работающим в области психического здоровья, заинтересованным в изучении этого метода лечения.

Роберт Хейлс, редактор серии
"Краткие руководства"
"Америкэн Сайкиэтрик Пресс"

ПРЕДИСЛОВИЕ

В сегодняшнем мире многочисленных, сложных видов лечения психических заболеваний начинающий терапевт может не обладать такими же богатыми знаниями в области психоанализа, как это наблюдалось в прошлые годы. И все же любой клиницист может быть заинтересован в лучшем понимании и применении психодинамической психотерапии, использовании ее в качестве дополнения к своему терапевтическому инструментарию. Достичь высот искусства в этой области почти невозможно: на это нужно затратить всю жизнь. Этот вид лечения позволяет клиницисту познать смысл поведения с точки зрения, недоступной другим подходам. Кроме того, этот метод требует от терапевта способности познания межличностных взаимоотношений, без личного участия в этой "драме". В ходе такого процесса психотерапевт начинает осознавать и понимать свои собственные реакции, используя их как упреждающие индикаторы будущих событий, вехи на пути успешного лечения. Такие знания и навыки применимы и к другим видам психиатрического лечения, включая и иные методы психотерапии, медикаментозное лечение, консультативную психиатрию, амбулаторную, стационарную и даже ургентную психиатрическую помощь.

Благодаря этому краткому руководству клиницист вводится в концепции и принципы техники психоаналитической психотерапии. Мы надеемся, что эта книжка поможет всем тем, кто стремится к наиболее эффективным методам лечения, кто хочет облегчить боль и страдания своих пациентов с психическими заболеваниями. Мы также надеемся, что она вызовет прилив энтузиазма и станет полезной для практического распространения психодинамической терапии, несмотря на все трудности, с этим связанные.

1 Глава ВВЕДЕНИЕ

Поведение, включая мысли, чувства, фантазии, действия, оказывает как прямое, так и косвенное воздействие на наше здоровье. Психические заболевания — это поведенческие расстройства, которые приводят к более высокому уровню заболеваемости и смертности. Психопатология обычно ограничивает способность индивидуума осознавать варианты развития событий и осуществлять свой выбор. Его чувства, мысли, действия и поступки обычно характеризуются ограниченностью, болезненностью и повторяемостью. Психотерапия —- "это исцеление с помощью беседы" — является медицинским лечением, направленным на изменение поведения пациента с помощью вербальных средств. Через беседу психотерапия ведет к пониманию и оказывает поддержку, способствует обретению нового опыта и знаний. Цель всех видов психиатрии — расширить количество видов поведения, доступных пациенту, и таким образом облегчить симптомы болезни, предотвратить повышенный риск заболеваемости и потенциальной смертности.

Современное представление о здоровье и болезни предполагает понимание взаимосвязи между поведением и состоянием здоровья. Орган-мишень при психотерапевтическом лечении — это мозг. Чувства человека, его мысли, его поведение •— это основные функции мозга. Таким образом, если психотерапия призвана изменить поведение человека, то ей придется на каком-то уровне изменить функционирование мозга и его структурную организацию. Если какая-то определенная манера поведения объясняется тем, что нейрон А посылает импульсы нейрону Б, то для того, чтобы поведение изменилось, нейрон А должен теперь посылать импульсы к нейрону В. Такой намеренно упрощенный пример мы приводим, чтобы указать на важность сложнейших биологических последствий психотерапевтической работы.

Изменение поведения может произойти в результате прямого биологического воздействия на мозг (например токсины, опухоли), нарушения процесса биологического созревания или же влияния опыта прежней и нынешней жизни, во взаимодействии с биологической данностью. Сама психиатрия в качестве жизненного опыта может стать средством, с помощью которого нечто "внешнее" изменяет нечто "внутреннее". Наше понимание того, каким образом "внешнее" воздействует на "внутреннее" только начинает складываться. Вспомните, например, когда вы в последний раз глядели на гештальтдиаграмму "прекрасная женщина — отвратительная ведьма". Вначале единственным образом была прекрасная женщина. Но поете того, как ваше внимание привлекли к кое-каким затемненным областям, вы смогли различить черты ведьмы, а не лицо прекрасной женщины. Но ведь ничего не изменилось в объеме визуальной информации, которая поступала в ваш мозг; изменилось только то, каким образом она была организована, что позволило осознать гораздо более широкий спектр значений и открыть путь более широкому спектру поведенческих реакций.

Широкий спектр функций детского организма (уровень активности, возбудимость, нейрохимия мозга) регулируются взаимодействием матери с ребенком, и это взаимодействие может оказывать глубокое воздействие. У взрослых людей, как это неоднократно было продемонстрировано на практике, степень вовлеченности в социальное общение оказывает свое воздействие на поведение человека, заболеваемость и смертность. Например, разве не является широко распространенным наблюдением тот факт, что пациент часто со страхами может приблизиться к объекту — источнику страха только в сопровождении объекта, оказывающего поддержку? Почему это происходит? Каким образом присутствие другого человека повлияло на функционирование его мозга и вызвало столь глубокое, хотя и ежедневно повторяющееся изменение в его поведении? Психологические, символические и воображаемые события, включая надежды, страхи, воспоминания, ожидания и фантазии, также служат важными биологическими регуляторами точно так же, как реальные жизненные факты.

В прошлом психотерапия подвергалась суровой критике за недостаток доказательств эффективности и из-за трудности проведения убедительных исследований в этой области медицины. Однако нынешняя полемика идет не о том, достаточно ли эф-

фективно действует психотерапия, а скорее о том, какая именно психотерапия является лучшим средством лечения для такого-то пациента с таким-то расстройством, проходящего лечение у такого-то клинициста. Наше понимание того, каким образом "внешнее" (психотерапия) может изменить "внутреннее" (биология) углубляется, но все же находится в зачаточном состоянии. Наука теперь ставит вопрос не о том, влияют ли память, ожидания, межличностные контакты на здоровье и поведение, а о том, каким образом они на них влияют и до какой степени.

И ФОКУС ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Различные виды психотерапии избирают различные цели для изменения психологического функционирования. Психодинамическая (ориентированная на психоанализ) психотерапия, главным образом, акцентирует свое внимание на воздействии прошлого опыта на формирование такой определенной манеры поведения — через особые когнитивные способности (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (трансфер), — которая приобрела постоянную повторяемость и таким образом влияет на здоровье пациента (см. таблицу 1-1).

Таблица 1-1

Фокус	**— Воздействие прошлого опыта (когнитивные способности, аффекты,** фантазии **и поступки)**
Цель	**— Понимание функционирования защитных механизмов** и **трансферных реакций пациента, в частности, в том их виде, в каком они проявляются в ходе общения пациента с терапевтом**
Технические приемы	**— Терапевтический альянс** **Свободное ассоциирование** **Интерпретация защит** и **трансфера** **Высокая частота сеансов** **Продолжительность лечебного процесса: от нескольких месяцев до нескольких лет.**

Прошлое индивидуума существует в его настоящем, благодаря памяти и биологии. Ожидаемое предсказание настоящего и будущего формируется на основе опыта, прошлого и биологии. Точно так же метафорический язык пациента может отражать какую-то особую организацию (совокупность чувств, мыслей и манер поведения), сформированную в прошлом и оказывающую воздействие на его нынешние способности, восприятие и поведение. Исследуя настоящее значение событий в контексте прошлого, психотерапевт-психоаналитик стремится изменить эти "организующие системы" его поведения, способствуя тому, чтобы информация и опыт организовались в будущем по-другому. Психодинамическая психотерапия (также известная под названием психоаналитическая психотерапия исследовательская психотерапия или же психотерапия, сориентированная на инсайт) — это метод лечения психических расстройств, который применяет беседу для изменения поведения пациента. Психодинамическая терапия разделяет с другими видами психотерапии одно общее для чсех определение: взаимодействие, главным образом, вербальное, двух лиц, в котором одно призвано стать "оказателем" помощи, а другое — его "получателем". Цель — выявление характерных проблем, возникших у пациента в жизни; намерение — достижение изменений поведения. Психоаналитическая психотерапия использует специфические технические средства и особое понимание психического функционирования для выбора и проведения соответствующего вмешательства со стороны терапевта. Как и в других видах лечения, здесь существуют свои показания и противопоказания.

Хотя цель психоаналитического лечения — избавление от симптомов и изменение поведения пациента для облегчения его страданий, снижения заболеваемости и смертности, ежеминутная реальность терапии весьма далека от этой перспективы. Точно так происходит в хирургии. Там стратегическая цель — удаление причины заболевания, остановка кровотечения и устранение болевых ощущений. Но отнюдь не эта стратегическая цель направляет саму операцию. Хирург иногда намеренно вызывает кровотечение и болезненные ощущения, прибегает к различным техническим процедурам ради достижения общей главной цели. В психодинамической психотерапии понимание терапевтом причин болезненного процесса и того, какое именно вмешательство

сможет привести к выздоровлению пациента в долгосрочной перспективе, диктует ему его тактику ежедневной работы лечения.

Психоаналитическая психотерапия основана на принципах функционирования психики и психотерапевтических приемах, первоначально разработанных Зигмундом Фрейдом. Фрейд начал свою деятельность с гипноза, но позже пришел к свободному ассоциированию как методу понимания непознанных ("бессознательных") конфликтов, которые возникли в ходе развития человека, начиная с детства, и продолжились в жизни взрослого. Такие конфликты — это те манеры поведения, которые были заложены как кластеры чувств, мыслей и поступков. Они возникли в результате взаимодействия различных событий в индивидуальной истории развития человека с биологической предиспозицией.

Обычно такие бессознательные конфликты возникают либо между либидинозными или агрессивными желаниями (влечениями) и страхом утраты, страхом возмездия и ограничениями, определяемыми реальностью, либо в столкновении противоположных желаний. Либидинозные влечения удачнее всего можно определить как стремление к сексуальному и эмоциональному удовлетворению. Агрессивные желания, с другой стороны, — это деструктивные желания, которые могут носить либо врожденный характер, либо стать следствием пережитой фрустрации или депривации. Начинающий терапевт часто путается, считая, что термин "либидинозные желания", как и раньше, описывает некие специфические генитальные чувства. Понимание сути сексуального удовлетворения в психоанализе есть более широкое понимание телесного удовольствия — это состояние возбуждения и чувство удовольствия, испытываемые человеком с младенчества. Пациент, который говорит о своем счастье, возбуждении, удовольствии, ожидании любви, томлении, тем самым описывает свои либидинозные желания. Желание что-то разрушить, получение удовольствия от гнева, ненависти или боли обычно является выражением агрессивных влечений.

"Невротический" конфликт может привести к тревоге, депрессии и соматическим симптомам, остановке профессионального и социального роста, сексуальным затруднениям, межличностным отношениям, затрудняющим адаптацию. Такие бессознательные невротические конфликты вполне очевидно проявляются как манеры поведения, чувствования, мышления, фантазирования и действий пациента. Воспринятые в детстве, они могут соответствовать детскому взгляду пациента на окружающий мир, быть адаптивными и даже необходимыми для выживания в определенный период. Даже если эти конфликты первоначально и не осознаются пациентом, то в ходе психотерапевтической работы он . йыходят на поверхность, и многие их последствия становятся более очевидными.

Психодинамическая психотерапия обычно имеет более узкий фокус, чем психоанализ, и более сориентирована на то, что происходит "здесь" и "теперь". Однако оба эти метода преследуют одну цель: понимание природы конфликтов пациента, дезадаптквного стиля поведения, исходящего из детства (известного также под названием "инфантильный невроз") и их последствий в жизни взрослого человека.

Ш ОРГАНИЗАЦИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Психодинамическая психотерапия может быть краткосрочной (см. главу 10) и длительной. Лечение может длиться в течение нескольких месяцев или даже лет. Длительное лечение, по сути дата, не имеет фиксированного конца, и дату окончания трудно установить в начале лечебного процесса. Продолжительность лечения заклеит от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе такого лечения. Психотерапевтические сеансы обычно проводятся два-три раза в неделю, хотя при краткосрочном лечении один сеанс в неделю является обычной нормой. Более частые встречи с врачом позволяют ему глубже проникнуть во внутреннюю жизнь своего пациента и ведут к более полному развитию трансфера. Частые встречи также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. Лекарства применяются в качестве дополнения к лечению для облегчения неперсистирующих и ухудшающих состояние симптомов, для того, чтобы расширить спектр испытываемых пациентом чувств. В некоторых случаях лекарства могут облегчить состояние в начальной стадии заболевания и подготовить тем самым почву для того, чтобы психотерапия смогла адресоваться к факторам, способствовавшим возникновению заболевания, ускорить его выздо-

ровление, реинтеграцию в семью и социум, снизить риск заболеваемости и смертности. Какое персональное значение придает пациент лекарствам и их действиям на него — важная часть исследований в ходе психотерапии, особенно когда наступает время прекратить прием лекарств.

И ТЕХНИКА ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Поведенческие перемены происходят в психодинамической психотерапии благодаря двум процессам: понимание когнитивных и аффективных процессов, исходящих из детства (защитные механизмы), а также понимание конфликтных отношений, сформировавшихся у пациента с важнейшими объектами в детстве, и их воскрешение во взаимоотношениях с терапевтом (трансфер). Диагностика понимания таких чувств и восприятий и есть фокус лечения. Обстановка лечения должна быть организована таким образом, чтобы максимально облегчить выход на поверхность этих явлений, причем так, чтобы дать возможность их проанализировать, не смешивая с реальностью взаимоотношений пациента с врачом и не отмахиваясь от них, как от чего-то тривиального.

Необходимым первоначальным условием достижения успеха в психоаналитически ориентированной психотерапии является потребность самого пациента принимать участие в такой работе и его доверие во взаимоотношениях со своим терапевтом (см. таблицу 1-1). Такой терапевтический альянс строится на реальностях лечения — совместная работа ради достижения общей цели, а также постоянство и надежность терапевта. Только по контрасту с установившимся терапевтическим альянсом пациент может рассматривать свои трансферные чувства и осознавать искажения отношений, которые эти чувства приносят.

Очень важно эмпатически выслушать все то, что старается рассказать пациент и попытаться понять, что он имеет в виду. Что пациент приносит для рассмотрения в психотерапии, на то и направляется основное внимание при лечении. Глубина интерпретации и исследования всегда должна находиться на уровне сиюминутной потребности пациента, не отставать и не опережать его мысли и чувства. Начинающие терапевты часто считают, что как только им удалось что-то нащупать, они должны немедленно сообщить об этом больному. Это не так. Умение рассчитать по времени тот момент, когда можно сказать об этом пациенту, составляет естество искусства терапевта: тщательные размышления и планирование определяют, когда он должен это сделать. Хотя, по сути дела, сама интерпретация — объяснение какого-то аспекта поведения в контексте прошлого и настоящего, а также элементов трансфера — является спонтанной, спонтанность дается тщательной предварительной подготовкой. Время донесения до сознания пациента новой информации определяется предположением врача о том, когда именно такую информацию пациент сможет "услышать" и понять, что ему хотят сообщить.

Свободные ассоциации пациента следует поощрять. Это достигается весьма простым путем. Пациенту сообщается, что он может свободно говорить о чем угодно. Главная задача терапевта при этом — вслушиваться в глубинные течения ассоциаций пациента. Это подразумевает понимание связи одного сюжета с другим, выявление отношения пациента к человеку, о котором он говорит, внимание к тем впечатлениям, которые сложились у пациента о своем враче. Часто, услышав некую двусмысленность в ассоциациях пациента, врач может открыть путь к бессознательному конфликту и значимой личности из прошлого пациента, с которой этот конфликт связан.

Например, пациент пришел на прием к психотерапевту сразу же после ссоры со своей девушкой и говорит: "Я хочу, чтобы она вернулась". Если вы улавливаете здесь двойной смысл в предложении — снова быть вместе с ней или же заполучить ее обратно для того, чтобы ей отомстить, — то вряд ли вы удивитесь, услышав, что, хотя пациент говорил вначале о том, что он хочет оказаться вновь со своей девушкой, к концу сеанса он уже описывает свое фантастическое возмездие. (Его фантазия была заимствована из одного старого кинофильма. Он фантазировал о том, с каким удовольствием размажет по лицу девушки грейпфрут.) Конфликтующие чувства — тоска по ней и чувство ненависти — обозначены уже в начале сеанса. Этот обычный для него образец реакции на отвержение сложился в его детских отношениях с матерью, которая, вероятно, испытывала к нему такие же конфликтные чувства и однажды прогнала из дома,

угрожая ножом. Он, конечно, еще не был готов услышать о такой связи, но она уже становилась вполне очевидной. За этим "образцом" теперь можно было установить наблюдение и направить пациента по пути постепенного, медленного осознания.

Терапевт ощущает на себе присутствие трансфера как оказываемое на него давление с тем, чтобы он действовал каким-то определенным образом по отношению к своему пациенту. Трансфер — это специфический пример тенденции нашего мозга видеть прошлое в настоящем, прибегать к использованию старых способов восприятия и реагирования, исключая всякую новую информацию. Если трансфер существует, то он совершенно реален для пациента, и всякая противоречащая информация им отвергается. Терапевту-новичку довольно часто сложно осознавать иррациональные элементы в чувствах и восприятиях пациента по отношению к нему. Часто трансфер строится на основе реалистического восприятия терапевта. Развивая в дальнейшем эту основу, можно сделать бессознательное доступным восприятию. Терапевт может почувствовать всю точность перцепций пациента в отношении себя, но пропустить мимо ушей те элементы прошлого, которые при этом могут заявить о себе.

Исследование трансфера — это особый случай работы, связанной с исследованием взамоотношений пациента. Все — это часть усилий с целью понимания "внутреннего мира" пациента, того, как больной видит и пропускает через свой опыт людей и события жизни, мира его психической реальности. Трансфер — это не единственное, что требуется для работы психотерапии. Он сопутствует человеку на протяжении всей жизни и может проявляться при различных видах медицинского лечения. По сути дела, когда мы приглашаем кого-то лечь в больницу (незнакомая обстановка), предлагаем снять привычную одежду, остаться среди незнакомых людей, заставляем его принимать пищу в установленные нами часы, контролируем его перемещения — все это могучие средства индукции трансфера. Единственное, что уникально для психотерапии — это попытка понять трансфер и проанализировать его вместо того, чтобы попросту постараться его преодолеть.

Сам терапевт тоже может испытывать какие-то чувства по отношению к пациенту, исходящие из его прошлого. Это явление называется "контртрансфер". Контртрансфер усиливается во времена переживаемых стрессовых событий и неразрешенных конфликтов *в* жизни самого терапевта. Контртрансфер может ьыть другом", который помогает рассмотреть самые незначительные оттенки во взаимоотношениях между врачом и пациентом, которые могли пройти и незамеченными, но отразились в чувстве. Но он может стать и препятствием на пути к успешному лечению, заставляя врача неверно воспринимать своего пациента, слышать не то, что пациент старается до него донести

2 Глава
ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Психиатрическое обследование пациента имеет решающее значение для оценки больного с точки зрения его пригодности для психотерапии, даже в большей степени, чем для медикаментозного лечения. В результате такого обследования может быть "прописана" психотерапия, и врач в этой связи должен самым тщательным образом взвесить все "за" и "против", проанализировать основные симптомы-мишени, курс предстоящего лечения, показания и противопоказания, как это делается при выработке любого медицинского предписания. Давая такую оценку пациенту с целью применения психодинамической психотерапии, клиницист должен отметить у него присутствие или отсутствие органических причин его психиатрических расстройств, необходимость проведения медикаментозного курса, взвесить риск возможных последствий (самоубийство, убийство человека, развод, нетрудоспособность) и, в частности, возможность ухудшения состояния больного. Иногда неопытный терапевт, который начинает работать в переполненной поликлинике, может не заметить, что пациент, выделенный для лечения с помощью психотерапии, недостаточно обследован и что индивидуальная психодинамическая терапия ему.не показана.

Этап проведения обследования предоставляет важную информацию для проведения в будущее психотерапевтического лечения. Очень важно до начала любого лечения, особенно психотерапии, убедиться в том, подвержен ли пациент глубоким депрессиям или маниям, были ли у него в прошлом попытки к самоубийству. Не получив такой информации, очень трудно объяснить ночной звонок от вашего пациента или же его неявку на прием на самом трудном этапе лечения. Кроме того, правильное обследование задает ток всему терапевтическому лечению. После хорошего, эффективно проведенного обследования пациент сознает, что его уважают, чувствует себя в полной безопасности, обретает уверенность в том, что его интересы являются главной заботой врача и что с этим человеком можно вести беседы на любую тему.

Вопросы о состоянии здоровья и симптомах, влечении к самоубийству или убийству других людей очень часто снимают с пациента неприятное чувство, что он одинок з своей озабочености этими проблемами. Часто пациент и сам ожидает подобных вопросов от врача. В зависимости от того, какие вопросы задаст ему врач, пациент может прийти к выводу о том, на самом ли деле перед ним серьезный терапевт, готовый его выслушать до конца, выражающий о нем заботу, или же он приходит к выводу, что клиницист считает такие вопросы либо не имеющим к делу никакого отношения, либо слишком опасными, чтобы вести об этом разговор. Больные, занимающие высокое положение, и пациенты-врачи всегда с особой живостью реагируют на достаточность обследования. Если пациент чувствует, что во всех областях — как в медицинской, так и поведенческой — все опасности оценены и связанные с этим предупредительные меры заблаговременно и старательно приняты, то он сразу почувствует, что рабочая взаимосвязь с врачом основывается на взаимном доверии и уважении, Такое начало имеет важное, если не критическое значение для последующей за этим психотерапевтической работы, той работы, которая сулит немало трудностей во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Обычно уже значительно позже, после того как началась терапия, а зачастую на завершающем ее этапе, пациент вспоминает, например, какой-то особый вопрос, заданный ему врачом, или какое-то особенное приветствие, с которым тот к нему обратился, или как он попрощался с ним у двери, в общем то, что вызвало у него чувство, что совместная работа с этим врачом вполне возможна.

Ш НАЧАЛО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Обследование начинается с первой встречи пациента с врачом. Если речь идет о поликлинике, то врачу лучше всего представиться и сообщить пациенту о том, что ему известна проблема пациента. Но пациент не всегда полностью сознает, что он в данный момент подвергается обследованию. Терапевт должен ему

объяснить, что хотел бы провести с ним немного времени, чтобы подробнее познакомиться с его проблемами и побудить пациента рассказать побольше о себе (см. таблицу 2-1).

Число сеансов, необходимых для завершения обследования, может быть от одного до четырех, хотя могут потребоваться и дополнительные сеансы. Продолжительность обследования определяется временем, необходимым для сбора информации (диагностической и психодинамической оценки), а также для обсуждения практических вопросов, связанных с началом лечения. Начинающий терапевт обычно ошибается, полагаясь на краткое обследование или неполную оценку. Само собой разумеется, обследование не должно длиться дольше, чем это необходимо. В противном случае трансфер начнет определять взаимодействие между терапевтом и пациентом еще до начала самого лечения. Сеансы с целью обследования пациента не столь хорошо структурированы, как лечебные, для работы и анализа трансфера. Если трансфер становится внушительным фактором сопротивления в ходе проведения обследования, то это может привести к трудностям при достижении взаимного согласия по поводу того, к какому именно виду лечения следует в таком случае прибегнуть.

Таблица 2-1.

НАЧАЛО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Пояснения пациенту о процессе обследования.
Обычно от одного до четырех сеансов.
Оценка видов поведения, несущего угрозу жизни и здоровью.
Оценка органических причин заболевания.
Психиатрический диагноз.
Использование терапевтом вопросов и выслушивание ответов на них.
Изучение опасений больного в связи с началом лечения.

В таком случае трансфер' должен быть проинтерпретирован, причем терапевт должен проявлять особую осторожность и донести интерпретацию до пациента так, чтобы тот был в состоянии ее понять и использовать.

Если клиницист только проводит обследование, а пациент будет передан для лечения в руки другого врача, то весьма полезно как для самого обследования, так и для успешного завершения лечения поставить об этом в известность пациента заранее. Тогда ему придется самому решать, до какого уровня самораскрытия дойти — стоит ли открывать такие области, которые причиняют ему слишком большую боль или оставить их необследованными. Терапевт должен быть особенно внимателен к таким вопросам, так как они часто возникают как при обучении, так и в условиях клинической практики. Хотя и не часто, но иногда очень полезно и даже предпочтительна, чтобы первоначальное обследование сделал клиницист, который не будет лечащим врачом пациента. В случае, когда пациенту требуется жесткий, прямой, конфронтационный подход, когда он безусловно нуждается в лечении, клиницист, проводящий обследование и не намеревающийся в будущем вести больного, может чувствовать себя свободнее и задавать вопросы "в лоб", правда, с известным тактом. Более опытный терапевт может оказаться способным провести обследование в такой манере, а затем изменить стиль на более интерпретативный и психоаналитический, отдавая себе отчет, что "определенный параметр" уже внесен в процесс лечения, и он потребует своей интерпретации на более позднем этапе.

Клиницист пользуется двумя методами сбора данных при проведении обследования: он задает вопросы и непредвзято выслушивает ответы. Оба метода нужны для сбора необходимой информации. Пациент, жалующийся на депрессию, не должен покидать кабинет врача до тех пор, пока тот не уяснит серьезность эпизода и риск самоубийства. Это потребует по крайней мере кое-каких прямых вопросов. Вопросы, касающиеся угроз для жизни, должны быть заданы на раннем этапе, чтобы вовремя собрать необходимую для диагноза информацию. Однако вся прочая "жизненная" информация тоже очень важная часть "истории" пациента. Пациентам нужно предоставить достаточно времени и пространства, в котором они могли бы сами нарисовать "картину" своего мира, и терапевт в таком случае не должен выбирать краски! Он не должен быть ни слишком навязчивым, ни излишне молчаливым, так как и то, и другое ведет к недостаточной нужной информации и сбивает с толку пациента.

Очень часто о мастерстве терапевта судят по тому, как он собирает "историю" и диагностическую информацию. Чем ква-

лифицированее терапевт, тем более широкий круг пациентов он способен понять, "достучаться", а значит он может с ними работать. Искусный терапевт способен установить раппорт с представителями широкого спектра социально-экономических классов с их сексуальными, расовыми, религиозными, культурными и эмоциональными различиями. Однако всем терапевтам приходится испытывать некоторые несоответствия между собой и пациентом, которые он не в силах преодолеть, и в таком случае они обычно предпочитают передать своего пациента другому клиницисту.

Во время первого сеанса терапевт должен внимательно выслушать все опасения со стороны своего пациента в связи с началом лечения. Такие страхи нужно исследовать на раннем этапе, как только они дают о себе знать и о них говорит сам пациент. Пациент будет чувствовать себя в большей безопасности и начнет проявлять куда более серьезный интерес к лечению, когда поймет, что все его страхи услышаны, что к ним относятся с уважением и что они будут исследованы его терапевтом. Кроме того, освобождение от таких страхов поставит терапевта в более выгодную позицию и позволит ему интерпретировать любую преждевременную приостановку лечения. Нет ничего необычного в том, что пациент отказывается от услуг еще на стадии обследования, до начала самого лечения. Это — одна из причин, по которой мы можем рассматривать этот этап как "кандидатский". (В клиниках около пятидесяти процентов пациентов прекращают лечение до пятого сеанса.) Раннее прекращение может объясняться работой защитных механизмов против желания получить помощь, /рансферной реакцией или же иногда облегчением симптомов в результате проведенного обследования.

Обычно в конце первого сеанса у клиницистов возникает план действий. Нужно ли еще обследовать на предмет выявления органических факторов? Следует ли учесть возможность психоза в дифференциальном диагнозе? Существуют ли какие-то проблемы, связанные с угрозой для жизни сейчас? Не появятся ли они в будущем? В это время терапевт должен объяснить пациенту, сколько приблизительно потребуется еще сеансов для обследования, чтобы у пациента было представление о том, что его ждет впереди.

• ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Психодинамическая оценка вытекает из истории болезни пациента. То, как возникали у пациента проблемы раньше, в каких условиях он обратился за помощью направляет внимание терапевта на активно действующие бессознательные конфликты, на те повторяющиеся проблемы детства, которые до сих пор остаются неразрешенными и до сих пор оказывают свое воздействие на поведение уже взрослого человека (см. таблицу 2-2). Подробное обследование первоначальных причин возникновения заболевания имеет особую важность для понимания психодинамики проблем пациента. Например, один пациент обратился за помощью с симптомами тревоги, проявлявшимися в виде болей в груди. Боли начались вскоре после того, как он увидел в кинотеатре человека, с которым произошел инфаркт.

У другого человека возник целый набор депрессивных симптомов вскоре после того, как он был включен в список сотрудников для повышения по службе. То, как началось заболевание, задает нам необходимое направление для исследования лежащих в глубине бессознательных конфликтов.

Таблица 2-2.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Следует исследовать:
Обстоятельства, в которых возникло заболевание и в которых произошло обращение за помощью.
История жизни.
Важные объекты в прошлом.
Самое раннее воспоминание.
Недавние или повторяющиеся сновидения.
Опыт от прежних курсов лечения и проводивших их терапевтов.
Обратить внимание на то, как пациент общается с врачом.
Дайте подробную интерпретацию.
Пригласите пациента к сотрудничеству ради лучшего понимания его проблем.

То, как общается пациент с врачом, также является источником информации о межличностных отношениях потенциальных трансфертах реакций. Один пациент, находясь на приеме

у терапевта, тоже мужчины, старался поделикатней, не обижая врача своим вопросом, выяснить, какой из двух указанных тем часов для следующего визита будет более удобным для врача. В другом случае женщина-пациент, находясь в кабинета женщины-терапевта, после завершения сеанса, уже находясь возле двери, небрежно бросила: "Где это она купила себе такие туфли? Для меня они слишком дороги!" Хотя полный смысл таких взаимодействий первоначально нам кажется неясным, но клиницист все же обязательно должен их отметить. Такие взаимодействия предоставляют дополнительную информацию, которая может способствовать более точной гипотетической формулировке характерного стиля поведения пациента и областей конфликта. Новичок может ухватиться за эти взаимодействия, стремясь немедленно их исследовать. Однако привлечение внимания пациента к таким моментам на начальной стадии терапевтических взаимоотношений отпугивает пациента, сковывает его любопытство и способствует проявлению трансфера. Зачастую терапевт вообще никак не должен реагировать, а лишь слушать или перефразировать поставленный перед ним вопрос (например: "Вы вольны выбирать время сеанса сами?"). Эти взаимодействия повторятся на более позднем этапе, когда их удастся более подробно исследовать.

История жизни пациента является базой для понимания нынешних его отношений с людьми и защитного стиля. Терапевт психодинамического направления внимательно выслушивает историю болезни своего пациента, обращая особое внимание на те конфликты, которые ему пришлось пережить в ходе развития и на те объекты, с которыми связан такой конфликтный опыт: мать, отец, дед или бабка, сестра, брат. Все эти конфликты обладают потенциалом для трансфера, который возникнет при лечении, когда прошлое оживет в настоящем. Клиницист должен собрать подробные описания каждого из членов семьи пациента — этих актеров в драме его жизни — и попытаться выяснить, какими он их видел.

Очень важно в этой связи помнить, что отец пятилетнего ребенка вовсе не обязательно является отцом и пятнадцатилетнего. Родители меняются по мере того, как происходят события в их жизни: рождение других детей в семье, смена работы, смерть их собственных родителей и т.д. Тот отец, который играл чрезмерно подавляющую роль в одном возрасте, может оказаться "полезным и помогающим структурировать личность" — в другом. Нужно собирать исторические данные обо всех важных периодах в жизни пациента — например дошкольный период, начальная школа, средняя школа, раннее трудоустройство или колледж, брак. Отдавая себе отчет о том, через какой именно опыт прошел пациент в каждый из этих жизненных периодов, какие важные для него люди находились в это время рядом, какие события происходили тогда, терапевт сможет идентифицировать ранние проявления чувств и связей, которые теперь вызывают определенные проблемы в жизни пациента.

Призывая пациента рассказать о его или ее наиболее ранних воспоминаниях, терапевт обнаруживает часто повторение какой-то важной темы в жизни пациента; это также может привести к оценке должной готовности или способности пациента к исследованию его материала фантазий. Таким же образом просьба, обращенная к пациенту, рассказать последний или постоянно повторяющийся сон, а также краткий его анализ с помощью самого пациента, дает необходимую почву для формулировки конфликтных областей, а также может быть использована для оценки способностей пациента мыслить в психологических терминах. Терапевт может также поинтересоваться у своего пациента, каким образом он или она оценивает пример дезадаптивного поведения, постараться дать пробную интерпретацию, или же начать сеанс обследования, осведомившись о мнении пациента о предыдущем сеансе. Такие технические приемы помогают установить дух сотрудничества в отношениях с пациентом, а также получить информацию о том, насколько пациент способен к пониманию и использованию этого понимания для изменения поведения.

Если пациент уже прежде проходил психотерапевтическое лечение, то всегда очень важно понять, что это было за лечение. Опыт, полученный в ходе прежнего курса лечения, является тем первоначальным опытом, с которым пациент приходит в любое новое лечение, формирует его ожидания. Кроме того, понимание его взаимоотношений с предыдущим терапевтом помогает нынешнему терапевту яснее понять, что от него пациент ожидает, и тем самым позволяет ему заранее предвидеть будущее трансфера.

• КРИТЕРИИ ОТБОРА

Психодинамическая психотерапия добивается лучших результатов с психическими расстройствами "невротического" уровня. Корни таких конфликтов, как правило, лежат в "эдиповом комплексе", и пациент их обычно переживает как "внутренние". Хотя в классификации ДСМ-ШР диагнозы располагаются в зависимости от времени развития конфликтов в ходе развития (или уровня зрелости защиты), некоторые заболевания более других являются отражением конфликтов "невротического уровня". Это обсессивно-компульсивные расстройства, тревожные состояния, конверсионные расстройства, психогенные соматические заболевания, дистимия, аффективные расстройства слабовыраженной или средней степени, расстройства, связанные с неспособностью приспособиться и расстройства личности от слабой до средней степени тяжести. Те пациенты, которые способны мыслить в психологических терминах, наблюдать чувства, не отреагируя их в действиях, которым по силам добиваться облегчения симптомов через понимание, могут получить большую - помощь от психодинамической психотерапии (см. таблицу 2-3). Тот пациент, который находится в окружении, способном поддержать его в семье, с друзьями, на работе — обычно добивается больших успехов, так как использует терапию более эффективно. Такой пациент не нуждается в терапевте как в первоначальном источнике поддержки под давлением стрессов жизни или лечения.

Таблица 2-3.

КРИТЕРИИ ОТБОРА

— Критерии для отбора пациентов:

Имеет расстройства невротического уровня.

Склонен к мышлению в психологических терминах.

Способен наблюдать за чувствами, не отреагируя их в действиях.

Способен использовать понимание для облегчения симптомов.

Обладает поддерживающим окружением.

— Хорошее взаимодействие между пациентом и терапевтом.

Пациенты с более серьезными заболеваниями, такими как выраженная депрессия, шизофрения или пограничные расстройства личности тоже могут лечиться психодинамической психотерапией. В отношении таких пациентов лечение обычно направлено на модификацию факторов, вызвавших болезнь, лучшую приспособляемость, избавление от симптомов и возвращение их к нормальной жизни. В психодинамической терапии регрессивные тенденции таких пациентов можно смягчить применением медикаментозных средств, оказанием им большей поддержки, а также восстановлением разрушенных обратных связей с реальностью через использование восприятий терапевта. Пациенты, обладающие тяжелой "преэдиповой" патологией, не могут считаться подходящими кандидатами для лечения с помощью психодинамической психотерапии. Это проявляется в их неспособности формировать взаимоподдерживающие диадические отношения, предпочтении отношений эксплуатации в хаотическом стиле жизни, реальном (и даже опасном) отреагировании чувств. Главные требования психодинамической психотерапии, — что пациент должен обладать сильными наблюдающим Эго и способностью завязывать взаимоподдерживающие терапевтические отношения, — таким пациентам не под силу.

Хотя способность мыслить в психологических терминах играет важную роль, сам по себе интеллект не может служить критерием для отбора, так как может являться характеристикой сложившегося обсессивного расстройства личности, которое с большим трудом поддается лечению. Принадлежность к какому-то одному социо-экономическому классу также не является предпосылкой успешного лечения. Скорее способность терапевта работать с представителями различных социо-экономических классов является частью его искусства и профессионального предназначения, он должен быть способен работать и эмпатически настраиваться на широкий спектр жизненного опыта пациентов. Поэтому взаимное соответствие в его отношениях с пациентом играет очень важную роль, особенно на начальном этапе лечения при становлении терапевтического альянса. В общем, те пациенты, которым терапевт нравится, у которых срок проявления симптомов короче, которые сами ищут понимания своих проблем наряду с облегчением симптомов, достигают, как правило, лучших результатов. Применение пробной интерпретации в ходе обследования может дать немало полезной информации по поводу того, как пациент использует понимание с целью изменения симптомов, и до такой степени опыт пациента, связанный с таким пониманием, обернулся для него пользой и источником поддержки.

3 НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ

• ИНФОРМИРОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Психодинамическая психотерапия — это обычно не столь знакомая форма медицинского лечения для пациента, который обратился за психотерапевтической помощью. В конце обследования клиницист обычно обсуждает с больным различные формы лечения, которые могли бы принести ему пользу. Кроме того, долг клинициста — объяснить своему пациенту, насколько эффективен каждый из этих методов. Такой подход используется и в психодинамической психотерапии. Психодинамическую психотерапию можно представить пациенту как процесс овладения новым для пациента способом решения его проблем, основанном на понимании собственной истории, того, как работает внесознательная часть психики, как возникает его личное восприятие действительности — его психическая реальность. Психическая реальность индивидуума зиждится на том, каким образом опыт прошлого используется в качестве бессознательной направляющей для выражения нынешнего поведения — чувств, мыслей, фантазий и поступков.

Объяснение пациенту целей и процесса психодинамической психотерапии очень • важно для успешного начала работы (см. таблицу 3-1). Хотя такое может показаться излишним, но это по сути то же самое, что приходится делать врачу любой специальности. Например, когда семейный доктор замечает, что у его в общем-то здорового пациента вдруг возрос уровень холестерина в крови, то он начинает объяснять ему причины этого и таким образом приглашает пациента к сотрудничеству с ним, чтобы совместно найти такое лечение, которое смогло бы предотвратить развитие скрытого до поры заболевания.

Таблица 3-1.

УСТАНОВЛЕНИЕ АТМОСФЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ: ЧТО ДОЛЖЕН ДЕЛАТЬ ТЕРАПЕВТ

—Информирование:

Прошлое как образец для **настоящего.**

Трансфер, защита, сопротивление.

Описать и объяснить "пассивную" манеру поведения терапевта.

Проявлять заинтересованность в пациенте с целью **укрепления терапевтического альянса.**

Работать с первоначальным разочарованием пациента.

На начальной стадии лечения пациент узнает, что действенность психоаналитической психотерапии коренится **Б** его взаимоотношениях с врачом, в оживлении, воскрешении опыта прошлого в настоящем через их трансферные отношения. Проанализировав свои чувства в ходе терапии, пациент начинает постепенно понимать, каким образом личное прошлое постоянно переживается в настоящей жизни. Пациент начнет тогда отдавать себе отчет в том, что психологическая боль может стать результатом символического возрождения прошлого в настоящем, пробуждения заснувших было конфликтующих чувств и тревог детства. Пациент также на собственном опыте познает, что через понимание таких бессознательных процессов боль облегчается и новый стиль поведения становится ему доступным.

Пациент таким образом просвещается через прямое информирование и объяснения на примерах. Иногда терапевту приходится прямо объяснять пациенту суть лечебного процесса, но делать это нужно так, чтобы поддержать одновременно его настрой на лечение. После этого лучше не повторять объяснения, сменить свою роль с "объясняющей" на "понимающую", прислушиваясь к возможным эмоциональным препятствиям, которые мешают пациенту понимать себя лучше. Искусный терапевт всегда принимает решения на раннем этапе лечения, он знает, когда пациента следует информировать, а когда следует промолчать и выслушать материал, который пациент готов высказать, оставив до времени всякие инструкции. Обычно терапевту-новичку трудно определить, когда обучать, когда молча слушать пациента на первых сеансах. На более поздней стадии, после того как будут

даны все объяснения, причем четко и ясно, терапевт сможет понять, что недостаток информации — это не главная трудность, с которой сталкивается пациент. Но он не может этого знать на начальной стадии, особенно если пациент очень мало знает о терапии. Понимание целей и сути лечебного процесса очень важно, чтобы дать возможность ему чувствовать себя в достаточной степени комфортно для того, чтобы исследовать и вытерпеть тревогу, возникающую в обстановке лечения.

• "ПАССИВНАЯ" МАНЕРА ПОВЕДЕНИЯ ТЕРАПЕВТА И СВОБОДНЫЕ АССОЦИАЦИИ

После того как пациент начал понимать суть лечебного процесса, терапевт с течением времени становится менее вербально активным, чтобы больше слушать пациента и узнать, как он организует свой психологический мир. Существует даже технический термин для этого — "пассивная" манера поведения. И снова терапевту придется объяснить это своему пациенту, если тот вдруг захочет узнать, почему врач все больше молчит. Терапевт может в таком случае ответить примерно так: "Я внимательно слушаю вас. Я хочу получше понять, каким вы видите мир, и не вмешиваться в то, что вы говорите".

Терапевт также должен поощрять своего пациента говорить как можно свободнее и не делать суждений по поводу точности или логичности им высказанного (см. таблицу 3-2). Это тоже можно объяснить пациенту приблизительно в таких словах: "Вы можете свободно говорить обо всем, о чем хотите. По сути дела, вы мне очень поможете, если будете говорить обо всем, что приходит вам в данную минуту на ум. Я знаю, это трудно". Таким образом, терапевт помогает своему пациенту высказаться, говорить то, что приходит ему на ум, не редактируя своих мыслей, даже если то, что он говорит, может оказаться не совсем правильным или даже причинить неприятные ощущения как его терапевту, так и его любимым и близким.

Такой метод общения известен под названием "свободные ассоциации". Это характерный способ мышления и беседы, применяемый пациентом в классическом психоанализе. В психодинамической психотерапии пациент делает то же самое. Хотя свободные ассоциации в классическом психоанализе значительно "более свободны" из-за иных элементов психоаналитического лечения, пациент, проходящий психодинамическую психотерапию, подходит очень близко к этому способу самовыражения.

Свободная ассоциация неизбежно является относительной, ибо бессознательные конфликты являются основными силами, которые блокируют свободное течение мыслей, чувств и фантазий.

Таблица 3-2.

НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ: ЗАДАЧА ПАЦИЕНТА

Установить рабочий альянс с терапевтом.
Учиться свободно ассоциировать.
Оценить по достоинству атмосферу безопасности.
Признать разочарование начальной фазы.
Достичь понимания трансфера, защиты и сопротивления.
Научиться работе со сновидениями.

Терапевт вместе с пациентом прислушивается к его словам и ищет "ключи" к тому, что из находящегося за пределами сознания больного может являться препятствием на пути свободного выражения его мыслей. Такие способы мышления, которые не допускают неприятные чувства и конфликты до уровня переживания, называются "защитными механизмами". Терапевт внимательно наблюдает за пациентом и в нужное время делится с ним тем, что ему удалось узнать в отношении способа течения его мыслей и чувств, а также тех препятствий, которые мешают их свободному течению. Терапевт отмечает изменения, которые претерпевают мысли и чувства больного и подмечает любое отклонения в сторону от процесса лечения. Клиницист рассматривает защитные механизмы пациента как "сопротивление" в своей работе. Через процесс понимания механизма работы сопротивления — защитные механизмы пациента — позже в ходе лечения возникает трансфер.

Клиницист с пациентом работают вместе для познания способа течения чувств и мыслей пациента. Такое сотрудничество пациент воспринимает на личном опыте как нечто реальное, как собственную выполнимую задачу, а не как нечто магическое. Анализ собственных защитных механизмов является той основой,

опираясь на которую пациент в конечном итоге сможет выбирать альтернативные манеры поведения. Иногда, подчиняясь приливу энтузиазма, терапевт-новичок может сообщить своему пациенту свои выводы, не затрачивая особого времени на анализ вместе с пациентом. Это может повысить его престиж в глазах больного. Но часто это приводит к осложнениям в ходе дальнейшего лечения.

Иногда пациент испытывает чувства фрустрации из-за относительной пассивности врача. Что бы ни случилось, но пациент должен видеть в терапевте союзника в противостоянии силам, которые действуют за пределами сознания. И в начальной стадии лечения естественным будет, если терапевт поможет ему увериться в этом. Если это удастся, то преждевременное прекращение терапии пациентом менее вероятно. Быстрое и эффективное обучение этому требует значительного искусства со стороны терапевта.

О АТМОСФЕРА БЕЗОПАСНОСТИ

Психодинамическая психотерапия предлагает пациенту сцену, на которой он может разыграть всю драму своей психологической жизни в атмосфере полной безопасности. В терапии все, что рассказывает пациент, должно восприниматься с пониманием, даже если для этого нужно предпринять определенные усилия, без осуждения или критики. Работа психодинамического психотерапевта заключается в управлении жизнью пациента (вот почему так важен отбор), а не в оценке того, что в ней важно и насколько хорошо пациент с ней управляется.

Поведение терапевта в терапевтической обстановке — это в какой-то мере техническая особая форма общения, которая дает пациенту возможность к "регрессии". Частично в результате этого уникального аспекта организации терапии, а частично в силу продолжающегося нормального развития жизни, пациент приобретает возможность думать менее организованным и менее структурированным образом, открывая доступ к более бессознательным по характеру чувствам и мыслям, тем самым начиная свою роль на психотерапевтической сцене. Со временем терапия становится лабораторией, в которой пациент может подробно исследовать свои чувства, мысли, фантазии, свой опыт по отношению к другому человеку (терапевту), находясь при этом в полной безопасности, гарантированной ему терапевтическим альянсом.

Хотя такая цель заставляет терапевта проявлять относительную пассивность и молчаливость, такой технический прием не должен быть слишком резким и депримирующим. Пациент способен перенести многие трудности терапии благодаря проявлениям заинтересованности, а также специфическим разъяснениям того, что сотрудничество есть неотъемлемая часть терапии. Терапевт и пациент работают вместе для познания опыта больного, что, в свою очередь, приведет к смягчению его психологических страданий. Такое взаимопонимание, установившееся между пациентом и терапевтом, иногда называют "контрактом". Однако этот термин больше относится к определению задач лечения и выпускает наиболее важный аспект переживаемого опыта — совместную работу. Если выбрать более удачные слова, то можно сказать, что терапевт и пациент пытаются достичь "рабочего" или "терапевтического" альянса.

• ВРАЧ: ПОЗИЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ

Источником недопонимания в умах многих начинающих психодинамических психотерапевтов является вопрос о том, до какой степени терапевт должен "скрывать" свое личное отношение, свою человечность. Многие новички усваивают некий "карикатурный" образ такого врача: с отсутствующим взглядом, неулыбчивый, ни на что не реагирующий терапевт, который хранит полное молчание долгие минуты, а то и на протяжении многих сеансов. Время от времени такой терапевт позволяет себе какое-то, не имеющее отношения к делу замечание, или же дает такую интерпретацию, которая "проникает до сердцевины" в психику пациента.

Фактически все это весьма далеко от истинной психодинамической психотерапии. Психотерапевт не может быть холодным, отстраненным или действовать по своей прихоти. Он не может уходить в себя ради самого такого ухода, не может быть

грубым, невнимательным. Если в течение какого-то отрезка времени он остается относительно "пассивным", то лишь для того, чтобы создать соответствующую терапевтическую обстановку, которая позволяет пациенту осознать свои глубоко скрытые желания и конфликты.

Психиатр, занимающийся такой терапией, проводит ее в атмосфере врачебного участия и тактичности. Он раз за разом, работая вместе с пациентом, дает тому понять, что сознает, какую психологическую боль тот испытывает не только в жизни, за пределами терапии, но и в ходе терапии. Психиатр высказывает уважение к усилиям, предпринимаемым пациентом с целью лучшего понимания самого себя и продолжения лечения, несмотря на испытываемую при этом боль.

Следующий пример красноречиво иллюстрирует чувствительность пациента к атмосфере врачебного участия:

"Один тридцатилетний холостяк обратился для психиатрического обследования из-за частых приступов тревоги, связанных с ситуацией на работе. Хотя он был хорошо образованным человеком, у него прежде не было контактов с психиатром и он не имел никакого представления о том, как осуществляется психодинамическая психотерапия. Пройдя тщательное обследование, он приступил к курсу лечения и через несколько месяцев высказал своему врачу такие наблюдения: "Теперь я знаю, почему вы не разговариваете со мной так же свободно, как и во время моего обследования. Вы хотите, чтобы я пришел сюда и свободно говорил, говорил все, что мне взбредет в голову. Когда я начинаю это делать, то мне кажется, что я вхожу в контакт с чувствами, которые, как мне кажется, относятся к прошлому, чувствами, которые я испытывал по отношению к друзьям и взрослым, когда я был ребенком. Мне кажется, что если бы вы начали отвечать на все мои вопросы или же реагировали на то, что я говорю немедленно, то мы никогда не узнали, что у меня в голове, не добрались бы до этих давнишних моих чувств. Но нам это удалось, и теперь я лучше знаю себя самого, понимаю, как я стал тем, кем являюсь сейчас".

• РАЗОЧАРОВАНИЕ НА ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

На первоначальной стадии пациенту приходится сталкиваться с различными аспектами психотерапевтической ситуации. Терапевт вводит его в курс дела, ориентирует в том, что происходит и советует как можно с большей пользой для себя всем воспользоваться. Часто первой специфической реакцией пациента является чувство разочарования из-за того, что "терапевт становится" более пассивным. Частично такая реакция объяснима, так как какие бы предосторожности ни принимал терапевт при подготовке пациента, он все равно будет чувствовать утрату эмоциональной поддержки, которой характеризовался этап обследования. Кроме того, первый луч магической надежды, который зачастую свойствен началу лечебного процесса, вскоре гаснет, оставляя у пациента чувства смущения, фрустрации и беспомощности. "Поможет ли мне это психиатрическое лечение? — размышляет он иногда вслух, а чаще про себя, где-то на краю своего сознания. Так как в глазах пациента психиатр облечен непререкаемым авторитетом, является экспертом в своем деле, то когда терапевт вдруг становится пассивней, и пациент таким образом получает возможность действовать более самостоятельно, у него обычно пробуждаются воспоминания о таких ситуациях в прошлом, когда к индивидууму предъявлялись требования предпринять определенные шаги по направлению к психологическому созреванию.

В общем, происходит то, как если бы пациент опять оказался в школе, где от него требуют с большей ответственностью относиться к окружающему, несмотря на страх, травмы или провал. Эта тема в том или ином варианте возникает почти неизбежно. Терапевт использует такой случай для расширения понимания со стороны пациента того, как действует терапия, как она доставляет в сознание чувства, которые он испытывал в далеком прошлом. Это зачастую становится, по существу, первой возможностью для пациента своими глазами увидеть, как осуществляется психотерапия и извлечь из этого урок. Такое разочарование начальной фазы можно проиллюстрировать следующим примером:

"Одна пациентка, которой было под тридцать, поступила на работу в одном далеком городе после почти годичного сомнения по поводу такого своего шага. Она уехала от семьи и друзей и вскоре почувствовала беспокойство, подавленность на новом месте и на новой работе. Она обратилась за психиатрической помощью, и, пройдя обследование, начала курс психодинамической психотерапии. На второй месяц лечения с двумя сеансами в неде-

лю она стала чувствовать себя еще хуже, депрессия усилилась, и ей казалось, что психиатр ничем не может помочь".

Терапевт заинтересованно попросил рассказать о том, что она чувствовала. Пациентка рассказала, что за несколько месяцев до отъезда из дома она обратилась к своим родителям за советом, что же ей делать. Но что бы они ей ни советовали, она все равно оставалась неудовлетворенной. Тогда психиатр поинтересовался, являлся ли ее отъезд из дома проявлением ее усилий с целью достижения большей независимости, стремления вырасти психологически, добавив, что может именно это послужило причиной ее неуверенности в себе и в своем будущем благополучии. Пациентка согласилась с этим. Это явилось хорошим стартом для терапии, так как впоследствии всякий раз, когда беспокойство вновь овладевало ею и ей казалось, что психиатр не мог оказать ей действенную помощь или дать нужный совет, терапевт вместе с пациенткой обычно возвращались к этому эпизоду и исследовали нынешнее стремление пациентки к возмужанию, к ее страхам перед тем вызовом, которое бросало ей такое стремление и негативные аспекты подобного процесса возмужания.

- ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСФЕРА, ЗАЩИТА И СОПРОТИВЛЕНИЕ

Вышеприведенный пример, который указывает на дальнейшее развитие рабочих отношений или альянса, поднимает также вопрос о трансфере. Трансфер — это сердцевина механизма действия психотерапии, но у пациентов всегда возникают трудности при его понимании. Фрейд развил идею того, что все человеческие взаимоотношения — это взаимоотношения, определяемые трансфером. Под этим он понимал, что все люди познают других людей через свой опыт, накладывая восприятия и образы прошлого на любого вновь встреченного человека. Сегодня, когда в психоанализе существует широкий спектр взглядов на природу трансфера, обычно признается, что в любых отношениях активируются воспоминания прошлого. До некоторой степени каждый индивидуум бессознательно вносит в современные отношения определенные аспекты прошлых отношений.

Так как психодинамический психотерапевт является пассивным и не разделяет деталей своей личной жизни с пациентом, он тем самым создает что-то вроде пустого экрана, на котором пациент может нарисовать "картину трансфера" собственного изобретения. Очень быстро это становится вполне очевидным в терапии. Выясняя это, терапевт с пациентом создают общий для них фокус внимания. Таким образом углубляется и понимание самим пациентом того, как работает психотерапия. Трансфер, с которым часто связывают реакцию разочарования, испытываемого пациентом в связи с пассивностью терапевта, может быть весьма специфическим:

"На раннем этапе один пациент заметил, что на стене в кабинете врача висит плакат с призывом ООН бороться за права человека. Пациент выразил свою озабоченность в связи с тем, что, как свидетельствовал этот плакат, психиатр был либералом, в то время, как он, пациент, консерватором. Таковы были их политические позиции. Дальнейшие распросы терапевта продемонстрировали, что пациент опасался, что его агрессивный взгляд на американскую внешнюю политику может привести к недовольству психиатра, который может посчитать его либо бесчувственным, либо даже жаждущим крови. Терапевт слушал его, обращая особое внимание не на этот вопрос, а на категорию опасений, выражаемых со стороны пациента: страх перед неодобрением из-за его агрессивных импульсов.

Терапевт тогда обратился к пациенту и спросил, не опасается ли он, что его врач выразит свое неодобрение его агрессивностью. На это пациент ответил, что его мать осуждала его агрессивность, и он на самом деле очень беспокоился по поводу отношения к нему со стороны психиатра.

Терапевт отметил про себя, что такие тенденции могут проявиться и дальше в реакциях пациента и, действительно, по мере того, как терапия продолжалась, трансферные чувства в этом направлении стали преобладающими. Такое взаимодействие в самом начале лечения послужило основой, позволившей пациенту и психиатру работать сообща, чтобы более глубоко исследовать эти чувства, так как теперь пациент лучше понимал суть происходящего".

Психотерапевт стремится выяснить чувства пациента и смысл того, что он старается сказать. Иногда терапевт может с целью оказания ему поддержки противопоставить пациенту свое

лишенное всякой критики и отрицаний, но, тем не менее, четко очерченное отношение. И в том, и в другом случае терапевт надеется выявить те мысли и чувства, которые у пациента "затемнены", и причины такого "затемнения". Благодаря такому процессу выходят на поверхность все "защитные способы" мышления больного. Стремление пациента к защите проявляется в наивысшей степени в тот момент, когда он выражает свое желание досрочно прекратить курс лечения. Такое решение может оказаться весьма обидным для начинающего терапевта, который вложил немало сил в свой "первый", рассчитанный на продолжительное время, случай. Если терапевт может увидеть в таком желании пациента проявление одного из защитных механизмов, то он будет способен к состраданию и анализу этого феномена. Если ему удастся это сделать, то пациент может почувствовать облегчение и продолжить лечение.

На начальной стадии терапевт должен воспользоваться предоставившейся ему возможностью, чтобы идентифицировать образцы работы защиты и сопротивления и сориентировать пациента, с тем, чтобы это расширило знания пациента о самом себе. В частности, существуют определенные категории мыслей и чувств, которые большинству пациентов трудно признавать в самих себе и разделять с другими людьми. Такие категории включают сомнения в себе самом, ненависть к себе самому, беспомощность, гнев по отношению к другим, влечение к кому-либо.

> "Мужчина средних лет после завершения обследования начал психотерапевтическое лечение у женщины-психиатра. С самого начала этот человек испытывал при прохождении терапии трудности в беседе. Его сеансы, продолжавшиеся пятьдесят минут, изобиловали продолжительными периодами молчания, длившимися до десяти минут. Обратив внимание пациента на его молчаливость, терапевт (расценивая это как сопротивление) поинтересовалась, не означают ли периоды молчания, что в это время его занимают мысли о ней. Вначале пациент был смущен таким вопросом. Терапевт отнеслась к этому с пониманием и заверила его, что все, о чем он думает в этом кабинете, имеет важное значение для дальнейшего прогресса в их совместных усилиях. Тогда он сказал, что находит ее весьма привлекательной. Он рассказал об этом потому, что именно она указала на возможность таких мыслей у него о ней, и тогда он сумел высказать их открыто".

В этом примере мысли пациента касались психиатра, но, само собой разумеется, такое происходит не всегда. Такие мысли могут касаться любого человека, любой темы. Тем не менее, часто мысли пациента касаются терапевта, вне зависимости от того, какие расстройства привели его в терапию. Это происходит потому, что пациенту ужасно хочется завязать взаимоотношения с терапевтом, чтобы получить облегчение от страданий, а также в силу явления трансфера. Очень важно для терапевта внимательно выслушать любые трансферные мысли и чувства своего пациента и постараться так поработать вместе с пациентом, чтобы максимально глубоко их понять.

• ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СНОВИДЕНИЙ В ТЕРАПИИ

Терапевт также проявляет внимание к сновидениям своего пациента. Не все пациенты активно работают в процессе психотерапии со своими сновидениями, но многие это делают, и для тех, кто на это способен, они оказываются большим подспорьем. Каждому пациенту должна быть предоставлена возможность работать со сновидениями. Именно на начальной стадии лечения следует предоставить пациенту эгу дорогу к лучшему пониманию и объяснить, как по ней пройти. Очень часто сны, рассказанные на ранней стадии лечения, имеют громадное значение для определения сердцевины конфликтов пациента. Они также могут служить материалом для просвещения пациента в отношении бессознательных процессов. На более позднем этапе лечения защитные механизмы делают сны более трудными для понимания.

На следующем примере мы увидим, какую роль сыграло сновидение на первоначальной стадии лечения:

> "Пациент — молодая женщина, недавно получившая развод, жаловалась на тревогу и депрессию. На третью неделю ее психодинамической психотерапии (два сеанса в неделю) она рассказала, что накануне ночью она легла в постель, думая о предстоящем назавтра очередном сеансе. Она с любовью вспомнила о своем психиатре-женщине, когда постепенно впадала в забытье.

Во сне она увидела два самолета, летящих высоко в небе. У меньшего по размерам заканчивалось горючее, и вот второй, размерами побольше, выпустил заправочный шланг, который вошел в нутро маленького самолета, и начал заполнять керосином его баки. Но затем что-то случилось: заправочный механизм вдруг отказал. Пациентка проснулась в страхе, опасаясь, что маленький самолет непременно разобьется".

На ранней стадии психотерапии этот сон, столь насыщенный символикой, нельзя было понять во всей его глубине. У психиатра было много гипотез: что символика сна представляла взгляд пациентки на терапию как на ситуацию, в которой "ее питание нарушится" — т.е. как на разочарование; что сновидение представляло взгляд на ее супружество как на ненормальное — провал в ее гетеросексуальной жизни; что сновидение отражало мазохистические желания, исходящие из чувства вины по отношению к желанию удовлетворения. Но терапевт поняла, что большинство этих идей были простыми гипотезами и их нельзя было ни принять, ни отбросить, располагая имевшейся информацией. Она использовала их для объяснения своей пациентке того, что сновидения — это то же, что и мышление, происходящее во сне, и они могут в какой-то степени укрывать на те проблемы, которые испытывает человек в настоящем или испытывал в прошлом.

Вместо того, чтобы привлечь пациентку к работе над сновидениями, терапевт приняла иное решение и попыталась заинтересовать ее бессознательными процессами собственней психики. Она прокомментировала этот сон в том смысле, что, по-видимому, он был связан с каким-то невысказанным страхом, терзавшим пациентку, так как она легла в кровать, думая о своем психиатре: значит, она опасалась, что эта, оказывающая ей помощь женщина, либо подведет ее, либо разочарует, и что в результате ее жизнь может оказаться в опасности. Пациентка с этим согласилась и в дополнение рассказала, что она чувствовала, когда муж ее бросил и тем самым глубоко разочаровал, и что развод с ним оставил в ее душе глубокую рану.

В ходе терапевтического лечения, которое длилось несколько лет, эта пациентка весьма успешно использовала свои сновидения в качестве источника знаний о себе. Развился трансфер, в котором она продемонстрировала, что она чувствовала близость к женщинам, которых считала "кормилицами", и мужчинам, которые ей представлялись добрыми и страстными. Стало ясно, что эти трансферы основывались на раннем жизненном опыте и что в нынешних отношениях она испытывала чувство вины, считая, что ее требования были слишком велики. Стало также ясно, что она была уязвимой для разочарования в таких отношениях. В конечном итоге она сумела проследить тенденцию к разочарованию не только до границы своего развода с мужем, но и значительно дальше, до самого раннего своего опыта в жизни. Очевидно, что все это в ретроспективе нашло свое отражение во сне в начале терапевтического лечения.

4 Глава
СОПРОТИВЛЕНИЕ И ЗАЩИТА

Сопротивление и защита относятся к тем силам в психике больного, которые противодействуют целям лечения. Когда пациенты обращаются за помощью и выражают свою готовность принимать участие в динамической, психотерапии, то они мотивированы стремлением облегчить невротические симптомы и, кроме того, на рациональном уровне хотят сотрудничать с терапевтом, которому доверяют и к которому относятся с должным уважением. Однако любой пациент, независимо от того, насколько сильна и реалистична его мотивация, проявляет амбивалентность в своем желании вылечиться. Его эмоциональные симптомы обычно ассоциируются с бессознательными конфликтами, состоящими из травматических воспоминаний, конфликтующих импульсов и болезненных аффектов. Некоторые из тех же сил, которые вызывают симптомы у пациента, также действуют с целью предотвращения сознательной реконструкции воспоминаний, чувств и импульсов. Эти силы противодействуют намерениям терапии, которая стремится вернуть эти болезненные эмоциональные ощущения в сознание пациента. В терапии всегда требуется мужество, чтобы оказаться лицом к лицу с тем эмоциональным дистрессом, который приносит с собой болезненные воспоминания и чувства пациенту. И не удивительно, что пациенты сопротивляются процессу лечения.

• СОПРОТИВЛЕНИЕ

"Сопротивление" — это общий термин, относящийся ко всем силам в психике пациента, которые противодействуют психотерапевтической работе, связанной с неизбежностью болезненных ощущений. Существуют различные категории сопротивления, включающие общий страх перед любым изменением, слишком "жесткое" сознание, которое наказывает пациента непрекращающимися невротическими страданиями, а также настойчивое влечение к удовлетворению детских импульсов, которые формируют эмоциональный компонент заболевания. У пациента может возникнуть эротический трансфер по отношению к терапевту, и пациент надеется больше на удовлетворение его желаний, чем на понимание. У пациента может возникнуть трансфер, исполненный ненависти, и желание унизить терапевта, вместо того, чтобы попытаться понять источники своей агрессии. Два последних вышеприведенных примера —- это две особые формы сопротивления, называемого "трансферным сопротивлением", о которых мы поговорим ниже в этой главе. Другой вид сопротивления является результатом страха, испытываемого перед опытом выражения мощных детских импульсов^ которые терапия может открыть.

Удовольствия, связанные с отреагированием чувств, могут также способствовать сопротивлению при лечении. Это реализуется во вредных привычках и извращениях, через которые пациент стремится удовлетворить конфликтующие импульсы. Пациент' с отвращением отвергает всякую возможность сдерживания и интерпретации этих импульсов. Такое стремление наблюдается и у более тяжелых больных, которые могут действовать импульсивно. Например, во время прилива враждебного или эротического трансфера по отношению к терапевту, такие пациенты могут найти партнеров за пределами лечебного процесса, на которых они перенесут и реализуют свои чувства вместо того, чтобы обсуждать их, интерпретировать и овладевать ими во время терапевтических сеансов. Всплески отреагирования возникают и в периоды проявления интенсивных эмоций в отношении терапевта. Пациент может постоянно ездить на машине возле дома терапевта или же собирать о нем различную информацию. Такая разновидность отреагирования — еще одна форма трансферного сопротивления.

Вторичная выгода от заболевания тоже является сопротивлением выздоровлению. Некоторые пациенты настолько привыкают к создаваемым для них другими удобствам, к проявлению особой заботы по отношению к ним из-за их заболевания, что они не желают расстаться с "чашечкой кофе в постели", о чем, несомненно, придется забыть после выздоровления. Кроме того, эмо-

циональная и финансовая зависимость от получения пособий по психиатрической нетрудоспособности может стать весьма существенным препятствием на пути к выздоровлению.

В ЗАЩИТА

Все люди, включая пациентов, проходящих курс психотерапии, прибегают к "защитным механизмам", чтобы освободиться от болезненных чувств и воспоминаний, держать их вне своего сознания. Эти защитные механизмы — специфические дискретные "маневры", способы мышления, к которым прибегает мозг, чтобы избавиться от болезненного эмоционального материала. Защитные механизмы пациента — это очень важный источник сопротивления в психотерапии. Анна Фрейд в своей книге "Эго" и защитные механизмы" (1936) описала функционирование многих таких защитных "маневров". С того времени их список значительно возрос (см. таблицу 4-1).

Наиболее распространенные и важные механизмы описаны ниже.

ВЫТЕСНЕНИЕ

Вытеснение — один из первых защитных механизмов, описанных Зигмундом Фрейдом, относится к активному выталкиванию из сознания болезненных воспоминаний, чувств и импульсов. Например, истерик, страдающий от фригидности, подавляет в себе чувства сексуального возбуждения, а также утрачивает воспоминания о сексуальных чувствах, которые привели к возникновению конфликта в раннем детстве.

ОТРИЦАНИЕ

Как и подавление, отрицание отвлекает внимание пациента от болезненных идей и чувств, но не делает их абсолютно недоступными для сознания. Пациент, который прибегает к отрицанию, просто игнорирует болезненные для него реальности и действует так, словно они не существуют. В качестве примеров можно привести случай со смещенным и впавшим в немилость лидером, который все же продолжает подавать себя так, словно он по-прежнему — выдающийся государственный деятель, или случай, когда в семье избегают разговоров о больном или умирающем родственнике, чтобы избежать болезненных чувств.

ФОРМИРОВАНИЕ РЕАКЦИИ

Формирование реакции проявляется до определенной степени у всех пациентов и особенно у пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами. Оно состоит в преувеличении какого-то одного эмоционального аспекта ситуации, чтобы с его помощью подавить противоположную эмоцию. Обсессивный пациент может проявлять пунктуальность, бережливость и опрятность ради своей защиты от желаний быть свободным со временем, экстравагантным и незаботящемся о порядке.

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ

Перемещение — это просто смена объекта чувств, их перенос с реального объекта на какой-то иной, более безопасный. Рабочий, который разгневан на своего босса, приходит домой и начинает изливать свой гнев на собаку, кричать на членов своей семьи — это наиболее распространенный пример.

При лечении пациенты часто перемещают трансферные чувства, которые они испытывают в отношении терапевта, и выражают их по отношению к другим людям в своем окружении. Когда такие пациенты начинают говорить о любви, ненависти, гневе, соперничестве и т.д. по отношению к другим людям, они часто выражают сбои чувства именно к своему врачу.

ОБРАТНОЕ ЧУВСТВО

Обратное чувство — это изменение импульса, превращение его из активного в пассивный (и наоборот) или же направление импульса на себя, а не на другого (и наоборот). Выражение активных садистских чувств ради маскировки менее сознательных мазохистских желаний — распространенный тому пример. Упреки в свой адрес вместо того, чтобы выразить разочарование кем-то другим — другой пример обратных чувств.

ПОДАВЛЕНИЕ

Подавление — это ограничение мыслей или действий для того, чтобы избежать тех из них, которые могут вызвать тревогу. По-

давление часто проявляется у фобических пациентов, которые опасаются таких ситуаций, как высота, полеты на самолетах или боятся каких-то животных. Оно также проявляется в пациентах, которые, например, подавляют свою напористость или сексуальность, чтобы избежать тревоги.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ С АГРЕССОРОМ

Это такой защитный механизм, который реализует тенденцию к имитированию того, что пациент воспринимает как агрессивную и устрашающую манеру внешнего авторитета. Маленькие дети, которые только начинают обучаться контролю за своими собственными импульсами, часто, прибегая к подражанию, подвергают суровой критике своих сверстников или даже выставляют в карикатурном свете своих строгих родителей. Пациенты тоже могут маскировать свой страх перед каким-то авторитетом, усваивая гиперкритическую манеру, присущую этому авторитету.

АСКЕТИЗМ

Анна Фрейд определяла аскетизм как защитный механизм, используемый главным образом подростками для контроля над интенсивностью сексуальных влечений, обнаруживающихся после достижения половой зрелости. Аскетизм — это отрицание, отказ себе в удовольствии. Такой отказ может касаться пищи, сна, физических упражнений, сексуального удовлетворения. Все это обычно отрицается с видом полного превосходства, словно в результате достигается что-то весьма полезное.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛИЗАЦИЯ

Интеллектуализация — это основанный на фактах, излишне "умственный" способ переживания конфликтов и их обсуждения, без переживания связанных с ним аффектов.

ИЗОЛЯЦИЯ АФФЕКТА

Изоляция аффекта — это защитный механизм, родственный интеллектуализации, представляет собой подавление чувств, связанных с какой-то определенной мыслью. Как интеллектуализация, так и изоляция аффекта являются типичными признаками у обсессивиых больных.

РЕГРЕССИЯ

Регрессия — это возвращение к свойственным более раннему возрасту методам психосексуального функционирования с целью избежания конфликтов, переживаемых на более поздней стадии развития. Регрессия к оральным и анальным отношениям с целью избежания эдиповых конфликтов — весьма распространенное явление в клинике.

СУБЛИМАЦИЯ

Сублимация — это зрелый механизм защиты. Это ориентированная на перспективу неконфликтная эволюция раннего детского импульса к зрелому уровню выражения. Например, художник или керамист может использовать сублимированное желание растирать экскременты, фотограф может использовать вуайеризм, танцовщики и актеры могут использовать сублимированный эксгибиционизм. Политическая активность может открыть канал к сублимированной агрессии. Здоровая дружба между взрослыми людьми может частично поддерживаться сублимированными гомосексуальными и кровосмесительными импульсами.

• РАСЩЕПЛЕНИЕ, ПРОЕКЦИЯ, ПРОЖЕКТИВНАЯ ИНДЕНТИФИКАЦИЯ, ВСЕМОГУЩЕСТВО, ДЕВАЛЮАЦИЯ И ПРИМИТИВНАЯ ИДЕАЛИЗАЦИЯ

Все эти примитивные защитные механизмы человека будут рассмотрены в Главе 11.

Таблица 4-1

МЕХАНИ;1МЫ ЗАЩИТЫ

Вытеснение	Регрессия
Отрицание	Сублимация
Формирование реакции	Примитивные механизмы
Перемещение	
Обратное чувство	Расщепление
Подавление	Проекция
Идентификация с агрессором	Прожективная идентификация
Аскетизм	Всемогущество
Интеллектуализация	Девалюация
Изоляция аффекта	Примитивная идеализация ,

а ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ

В психодинамической психотерапии терапевт стремится понять те бессознательные конфликты, которые привели к возникновению у пациента эмоциональных симптомов заболевания. Такие конфликты возникают обычно в детстве, когда нормальные импульсы у него ассоциируются с неприятными чувствами, такими как страх перед наказанием, неодобрением или разочарованием. Каждый отдельный человек рождается с определенными конституционными данными, — например, с определенной силой инстинктов, желаний и способностью выдерживать фрустрацию. У каждого индивидуума к тому же есть своя единственная в своем роде личная история, которая копенчтея во взаимодействиях с родителями и другими членами семьи и прочими людьми, осуществляющими уход за ребенком, в контексте социальной структуры и более широких социальных категорий. Никто не может стать взрослым, не изведав этих конфликтов, — этих столкновений между импульсами и запретами, — которые становятся бессознательными благодаря действию различных защитных механизмов, и которые, потенциально, являются источниками проявления невротических симптомов.

В психотерапии терапевт стремится интерпретировать защитные механизмы, которые затемняют старые конфликты, так, чтобы пациент мог вновь на собственном опыте, но уже сознательно, пережить старые запретные импульсы и воспоминания, страхи и разочарования, а также все болезненные аффекты, связанные с ним (см. таблицу 4-2). Терапевт диагносцирует сопротивление, выявляя то препятствие, которое стоит на пути его свободных ассоциаций. Эта трудность предстает в виде тривиально звучащих ассоциаций, которые представляют собой лишь обычный пересказ повседневных событий, не затрагивающих глубин личности и не отличаются эмоциональной напряженностью или информативностью. Сопротивление также проявляется в приглушении или вообще в отсутствии аффекта, в атмосфере скуки, в избежании эмоционально насыщенных подробностей, отсутствии мыслей или молчании.

Когда бы пациент ни проявлял сопротивление, в какой бы форме он это ни делал, — все это объясняется тенденцией защищать себя от воспоминаний и повторного переживания старых опасностей и страхов, ассоциируемых с запрещенными импульсами.

Таблица 4-2.

ПРИНЦИПЫ ИНТЕРПРЕТАЦИИ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Необходимость признать вклад реальности в сопротивление. I

Необходимость относиться с уважением и пониманием к механизмам защиты как проявлению силы характера пациента. I

Необходимо помнить, что пациент должен признать и испытать на собственном опыте работу сопротивления, и только после этого можно ее интерпретировать.

Приступайте к интерпретации факта сопротивления до интерпретации содержания ("что" и "почему" сопротивления пациента)

Многие виды сопротивления исходят из характерологической структуры пациента. Например, скованный обсессивный больной может избегать болезненного материала и приступать к утомительному и подробнейшему пересказу каких-то тривиальных деталей, изолируя при этом собственный аффект. Пациент оказывает сопротивление работе терапевта, прибегая к характерному для его личности стилю, с помощью которого он защищает себя от тревоги. С другой стороны, пациент, личность которого может характеризоваться как истерическая, окажется неспособным привести какие-то детали эмоционально важных событий из-за свойственного ему использования вытеснения или же из-за свойственного ему истерически-импрессионистского, странного способа переживания событий и переработки информации.

Защитные механизмы человека, которые приводят в терапии к сопротивлению, возникают из желания избежать психологической боли, а также из способности к адаптации, присущей характеру. Тот же самый гипотетический обсессивный пациент, который изолирует аффект и который обрушивает на терапевта потоки фактов в мельчайших деталях, может оказаться, например, нейрохирургом, или авиадиспетчером, или пилотом, способным дать точное, детальное и неэмоциональное описание ситуаций, требующих громадного напряжения и оценки множества важнейших деталей. Истерик с его странной импрессионистской манерой отношения к событиям, может иметь актерский

талант, быть художником или реализовать себя в областях, требующих эмоционально напряженного функционирования.

Характер человека и его защитные механизмы указывают нам на методы структурирования психического и эмоционального опыта, который позволяет удерживать психологическую боль на минимальном уровне и привести межличностное интрапсихическое функционирование в какое-то соответствие с реальностью. Защитные механизмы характера клиницист должен рассматривать как проявление силы личности, необходимой для адаптации и функционирования.

Хотя такие защитные механизмы, судя по всему, препятствуют исследовательской работе психодинамической психотерапии, оказывая ей сопротивление, к ним все равно нужно относиться с уважением как к важному источнику информации о пациенте, и их следует интерпретировать постепенно, избегая при этом резкой конфронтационности. На заре психоанализа Фрейд интерпретировал бессознательные темы, не обращая внимания на противодействие защит. Он, однако, вскоре осознал, что интерпретация бессознательного материала, который защитные механизмы человека продолжают отвергать, не ведет к интеграции отраженных психических конфликтов. Психические конфликты немедленно вновь становятся объектом действия той же защиты и вновь становятся бессознательными.

По этой причине Фрейд сформулировал те правила, которые играют важную роль в психодинамической психотерапии и до сих пор известны как "интерпретация сопротивления до содержания" или же "интерпретация с поверхности вниз". Это означает, что терапевт вначале выявляет сопротивление и привлекает к нему внимание пациента. Затем терапевт осведомляется о потребности пациента оказывать сопротивление в определенный момент. Постепенно терапевт может определить, против чего направлена защита его пациента.

• ТРАНСФЕРНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ

Кроме сопротивления, которое проистекает из типичных защитных механизмов, свойственных характеру больного, существует еще несколько "трансферных сопротивлений". Такие сопротивления возникают, когда пациент начинает испытывать сильные чувства к своему терапевту. Такие чувства могут полностью изменить направление лечения, отвлечь пациента от рациональной цели раскрытия и разрешения тех конфликтов, которые привели к возникновению его симптомов. Трансферные сопротивления возникают из сильных позитивных или негативных трансферных отношений. Пациенты с эротическим трансфером могут стремиться к сексуальным отношениям с терапевтом или же демонстрировать сопротивление для того, чтобы избежать в таком трансфере осознания сильного сексуального влечения. Нарциссические и зависимые пациенты могут страстно желать восхищения собой, признания и поддержки вместо инсайта. Ощутив фрустрацию в своих трансферных влечениях, пациент может разгневаться, почувствовать жажду мщения или отказаться от сотрудничества на какое-то время, чтобы воспрепятствовать намерениям терапевта.

Трансферное сопротивление иллюстрируется следующим клиническим случаем:

> "Школьная учительница, проходившая курс психодинамического лечения, в течение нескольких лет избегала всяких чувств близости к своему врачу. Но вот спустя несколько недель, в течение которых она испытывала к нему необычную теплоту, она пришла на сеанс в веселом настроении и с большим удовольствием начала ему рассказывать о тех "номерах, которые откалывает ее новый щенок". Вдруг она как бы спохватилась и сказала: "Теперь я отлично чувствую, как вы далеки от меня. Точно такие же чувства я испытывала со своим ухажером, и такую же дистанцию я чувствовала в общении с матерью." На первоначальном этапе лечения такой взрыв чувств, такой тон сразу бы привел к эмоциональной отстраненности, которая могла длиться несколько недель. Но, находясь несколько лет на лечении, эта пациентка выработала значительную способность работать с собственными сопротивлениями. Она сказала: "Мне кажется, я осеклась потому, что вы не рассмеялись и не разделили того удовольствия, которое я получаю от игры со своим щенком. Моя мать никогда тоже не разделяла моих удовольствий, только мои трагедии. Она, правда, иногда тоже смеялась, но не со мной, а ***надо*** мной. Мать обычно говорила, что я слишком немногословна, чтобы быть привлекательной девушкой".

Несмотря на осознание этих имеющих важное значение связей, пациентка продолжала оставаться враждебно настроенной и отстраненной из-за того, что терапевт не посмеялся вместе с ней над проказами ее щенка. Она находилась в состоянии трансферного сопротивления, которое отражало ее фрустрацию в связи с ее импульсами любви и, что является значительно более глубоким феноменом, в связи со страхом перед развитием своих любовных чувств. "Как вы себя чувствовали на сеансе вчера?" — поинтересовался терапевт. "Хорошо. Ах, я понимаю. Я чувствовала спокойствие и теплые чувства к вам, а это всегда вызывает у меня тревогу. Я вес время мечусь между чувством близости к вам и приступами гнева по отношению к вам. Думаю, мне предстоит как следует поработать, чтобы вовлечь вас и тоже заставить работать вместе со мной". Терапевт спросил ее: "Разве вы не так же упорно старались привлечь к себе внимание матери?" — и пациентка ответила: "Да, но я никогда не могла доверять ее вниманию и никогда не могла удержать его".

Этот краткий эпизод удачно интерпретированного трансферного сопротивления привел к важному выяснению "стиля настойчивого ухаживания" за амбивалентными и эмоционально недоступными мужчинами. На этом примере мы видим, что трансферное сопротивление, — и сопротивление вообще, — может привести к кризисам в терапии, но при точной интерпретации предоставить возможность для понимания, проработки определяемых конфликтами и сковывающих свободу самовыражения "стилей поведений", восходящих к прошлому.

Этот пример также иллюстрирует очень важную тему того, как нужно работать с сопротивлениями пациента. Прежде всего терапевт должен поставить своего пациента в известность, что сопротивление имеет место в данный момент. Нельзя продолжать работу по интерпретации сопротивления, если пациент считает свои реакции вполне адекватными. Иногда нужно подождать, покуда такое сопротивление не станет в достаточной степени интенсивным и очевидным, чтобы сам пациент мог это признать. Важность расчета по времени, сделанного терапевтом, иллюстрируют следующие два примера:

"Пациент постоянно опаздывал на сеанс минут на семь-восемь. У него были всегда реально звучавшие объяснения, но терапевт понимал это как сопротивление лечению. Только спустя несколько месяцев после постоянных и все время увеличивавшихся опозданий пациент, наконец, понял, что такая его манера поведения была чем-то иным, а не просто его сознательным выбором. И тогда он сумел ощутить и признать свою тревогу, страх и желание избежать более глубоких чувств в трансфере".

Первый шаг при работе с проявлением любого сопротивления — это объяснение пациенту, что он оказывает сопротивление. Это следует сделать до того, как попытаться интерпретировать то, чему оказывается сопротивление и по какой причине:

"Пациентка с параноидными и шизоидными чертами оказывала невероятно интенсивное и враждебное трансферное сопротивление и даже начала рассматривать вопрос о прекращении лечения вообще или по крайней мере о сокращении числа сеансов, которые обычно проходили дважды в неделю. Она вдруг "поняла", что ее терапевт не был достоин доверия, был эксплуататором по природе и заботился только об одном — о деньгах. Проявление такого враждебного настроения не прошло мимо внимания терапевта. Позже терапевт сказал пациентке, что возникновение такого враждебного настроения совпало с некоторыми благоприятными переменами в ее жизни, включая новое место работы с большим жалованием, что позволило ей приобести новый дом, и что все эти существенные изменения заставляли ее испытывать сильную тревогу.

Пациентка призналась, что очень нервничала в связи с покупкой этого дома. Она никому не доверяла и опасалась, как бы ее не обманули при совершении сделки. Нужно подчеркнуть, что она вообще всегда испытывала страх в связи с тем, как бы ее не обманули или не обидели. Она особенно боялась, как бы какой-то злоумышленник не проник через окно первого этажа, когда она въедет в свой новый дом. Причины ее страхов проявились в ряде сновидений, в которых пациентка вела борьбу не на жизнь, а на смерть со своей матерью. Через эти сны пациентка смогла вновь пережить отношение к своей матери, как к человеку завистливому, унижающему ее, стремящемуся нажиться на ней. Точно такими оказались ее чувства к терапевту и страхи при покупке дома. Пациентка опасалась, что ее мать с презрением будет относиться к успехам своей дочери и будет сопротивляться ее растущей неза-

висимости и дальнейшему отдалению от нее. Терапевту удалось довольно успешно привлечь внимание пациентки к тому факту, что она оказывает сопротивление терапии и затем, благодаря работе со сновидениями, трансферное сопротивление было объяснено этими все время усиливающимися страхами".

При работе над сопротивлениями всегда очень важно с уважением относиться к защитным механизмам, избегать споров с пациентами и осознать реалистические компоненты сопротивлений до интерпретации их бессознательных мотивов (см. таблицу 4-2). Например, пациент на сеансах все время говорит об ограниченности своего времени и недостатке денег как о тех трудностях, которые мешают ему в ходе лечения. Такие проблемы вполне реальны и часто создают трудности при проведении терапии. Очень полезно в этой связи признать такие реальности до начала проведения расследования деталей и степени таких затруднений. Имея дело с обесесивным пациентом, полезно согласиться с ним в том, что его способность обдумывать детали — это его козырь, его сильная сторона. Но затем терапевт может заметить: "Но иногда очень сильная, гипертрофированная мышца может только сковывать движения". Такт, уважение, постоянно поддерживаемый союз с пациентом — таков "ключ" к работе с сопротивлениями.

5 Глава ТРАНСФЕР

Фрейд приложил немало сил, чтобы понять концепцию трансфера. Нынешние психоаналитики считают, что основатель психоанализа рассматривал трансфер как часть любых человеческих отношений. С этой точки зрения, трансфер — это концепция чрезвычайной важности. Она постулирует, что не только в психоанализе и в психотерапии, но вообще повсеместно люди строят свои взаимоотношения в настоящем с помощью репродуцирования эмоционально значимых аспектов своих взаимоотношений в прошлом.

Один из способов наглядно представить себе значение трансфера —• вообразить себе несколько прозрачных пластиковых страничек из анатомического атласа. Вначале, открыв книгу, читатель видит поверхность тела человека. Стоит перевернуть страницу, как перед ним — мускулы, через которые едва проступают еле видимые кровеносные сосуды. Перевернем страницу — и теперь кровеносные сосуды отчетливо видны, но также и основные нервные волокна. Где-то просматриваются кости. Переворачиваем эту страницу, и на последней отчетливо видим все кости. Трансфер строится точно так же. Воспоминания о различных взаимоотношениях накладываются одно на другое, и то, что мы видим на поверхности, определяется тем, что чрезвычайно трудно заметить, что лежит под поверхностью, вне сознания человека.

Другой способ уяснить концепцию трансфера — это представить, что человеческий мозг частично состоит из наборов воспоминаний о каждой из важных личностей из прошлого данного человека. Такие организованные наборы воспоминаний называются "объектными представлениями", и когда человек встречает другого, незнакомого человека, он или она начинает формировать новое объектное представление. Само собой разумеется, такой процесс начинается и осуществляется до определенной степени только тогда, когда новый человек представляет интерес для наблюдателя, но когда такой процесс начинается, то наблюдатель, пытаясь понять своего нового знакомца, начинает рыться

в своей памяти в поисках тех стандартов, которые позволили бы ему оценить и сравнить нового индивидуума. Вскоре, как старые, так и новые объектные представления психологически связываются, отвечая на потребность наблюдателя к знакомству или каким-то иным психологическим нуждам, о которых мы поговорим ниже. Незнакомец изучается при помощи идей, мыслей и чувств, которые первоначально предназначались старому другу, родственнику, любимому человеку или же врагу.

То, что мы видим, когда наблюдаем за индивидуумами, разговариваем с ними о их нынешней жизни или нынешних отношениях — это лишь поверхность их психологической жизни. Под этой поверхностью лежат воспоминания об их каких-то имеющих важное значение отношениях, которые, подобно мускулам, нервам и костям под кожей, составляют жизненно важные части "органического целого" мира, их общения: как настоящего, так и прошлого. Но человек воспринимает свои нынешние отношения как "нечто целое". Связь, существующая между нынешними отношениями и прошлыми отношениями, тот факт, что настоящее служит лишь механизмом для выражения старых отношений, остается за пределами его сознания. Из-за этого терапевт может чувствовать трансфер в терапии как оказываемое на него давление, вести себя по отношению к больному так, чтобы это напоминало ему о прежних отношениях.

• НЕОБХОДИМОСТЬ ПОВТОРЕНИЯ ПРОШЛОГО

Во всех своих взаимоотношениях люди формируют трансферы. Это объясняется нашим использованием прошлого в качестве "образца" для понимания настоящего и еще тем, что все люди испытывают психологическую потребность повторять прошлое, чтобы овладеть и быть способным регулировать то, что было либо трудным для восприятия, либо было связано с эмоциональной болью. В силу того, что психологическое развитие человека неизменно связано с трудностями и болью, "такое принуждение к повторению" и появляющийся в результате трансфер — это универсальный человеческий опыт. В классическом психоанализе во взаимоотношениях между психоаналитиком и пациентом может возникнуть необычно интенсивная форма трансфера — трансферный невроз. Это происходит тогда, когда аналитик пробуждает в пациенте объектные представления — важные воспоминания, мысли, чувства, импульсы и конфликты, которые составляют сердцевину его эмоционального расстройства. В своих взаимоотношениях с аналитиком пациент рисует подробности такого конфликта. Одновременно с этим индивидуум в ходе психоанализа "разыгрывает" другие характерные образцы своих взаимодействий с людьми: образцы, которые в полной мере отражают структуру его характера. Такая структура, само собой разумеется, частично развивалась как ответ на конфликты, пережитые им в детстве (см. таблицу 5-1).

Таблица 5-1.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ТРАНСФЕРА

Потребность вновь пережить опыт прошлого в настоящей жизни.

Пассивность психотерапевта.

Относительно свободное ассоциирование пациента.

Интерпретация защит.

Интерпретация трансфера.

Весь этот процесс интенсивным образом развивается в психоанализе, так как пациент лежит на кушетке и не видит своего относительно немногословного аналитика. Оба этих технических приема притупляют у больного чувство сиюминутной реальности. Кроме того, пациент может предаваться свободным ассоциациям, которые переносят бессознательные идеи и чувства в область сознания.

Этот процесс облегчается проводимыми аналитиком интерпретациями тех способов, с помощью которых пациент блокирует переход в область сознательного своих интенсивных бессознательных трансферных чувств. Короче говоря, психоаналитик поддерживает "принуждение к повторению". В психодинамической психотерапии психотерапевт также вербально пассивен и также прибегает к интерпретации. Такое его поведение создает определенную атмосферу, в которой сознательные трансферные ответы становятся относительно более интенсивными, чем при обычных

взаимоотношениях, хотя они являются и менее интенсивными по сравнению с трансферным неврозом в психоанализе.

• ТРАНСФЕР В ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В психодинамической психотерапии одним из важнейших инструментов в руках терапевта являются развитие и понимание трансфера. Трансфер — это движущая сила того процесса, благодаря которому трудности пациента "оживают и материализуются" в кабинете терапевта, что дает возможность глубокого изучения того, что они из себя представляют и как реализуются в его реальном и значимом окружении. По сути дела, именно это в наибольшей степени, чем все остальное, отличает психодинамическую психотерапию от всех прочих форм психотерапии.

Если взглянуть на него с иной, в равной степени важной перспективы, то трансфер — это способ, пользуясь которым пациент вспоминает то, что он забыл, то есть то, что является бессознательным источником психологических страданий. В распространенном карикатурном представлении о психиатрическом лечении пациент обычно вспоминает яркие, волнующие события своего детства в мелодраматической манере. Но на самом деле такие воспоминания появляются в результате филигранной работы с целью анатомирования зачастую мимолетных, давно забытых, но порой постоянно переживаемых вновь периодов прошлого в том виде, в котором они предстают в трансферных взаимоотношениях. Через трансфер пациенту удается понять то, что он испытывал в далеком прошлом, и как этот пережитый им опыт продолжает проявлять себя в настоящем.

Большая часть психической активности человека направлена на то, чтобы с помощью особого способа мышления сохранять бессознательное за пределами сознательного. В силу того, что трансфер обычно вызывает оживление давно забытых, конфликтных аспектов взаимоотношений, очень часто пациент стремится отторгнуть содержащиеся в них чувства, мысли и воспоминания и вместе с этим отвергает психодинамического психотерапевта и вообще старается прервать терапию. Такие резистентные трансферные идеи следует понимать, если вы намерены эффективно пользоваться трансфером, чтобы добиться успешного исхода лечения.

• ВИДЫ ТРАНСФЕРА

В главе 3 мы обсуждали становление терапевтического альянса вместе с первой реакцией пациента на фрустрацию, которая часто является первым признаком трансфера. По мере того как трансфер развивается дальше, он приобретает столько форм, сколько существует пациентов. Для каждой пары "пациент — терапевт" трансферные взаимоотношения — это уникальный, необходимый опыт. Начинающие терапевты, как правило, прежде не сталкивались со столь сильными проявлениями таких эмоций как любовь, сексуальное влечение, чувство фрустрации, доходящее до отвращения или даже ненависти, ненасытная требовательность или полное отсутствие всякой надежды со стороны людей, которые во всех остальных отношениях выглядели обычными пациентами, обратившимися за медицинской помощью.

Если начинающий психиатр прежде не задумывался о том различии, которое существует между ним как психиатром и другими специалистами-медиками, то на этом этапе он имеет возможность это сделать. Не существует никакого иного метода лечения, при котором врач добровольно становится объектом самых сильных чувств больного и позволяет тому видеть в себе причину его страданий ради того, чтобы последующее вмешательство оказалось эффективным. Терапевт может при этом сам испытывать весьма сильные чувства — контртрансфер (см. главу б).

Психодинамическая психотерапия должна выработать в себе уверенность в том, что трансфер является терапевтическим инструментом. Начинающий терапевт обычно опасается, что он лишь нанесет вред пациенту, помогая ему сформировать трансфер. Но на самом же деле своими действиями терапевт подготавливает почву для глубокого анализа психики пациента и с помощью такого исследования устанавливает, каким образом больной может добиться умиротворения.

И РАБОТА С ТРАНСФЕРОМ

После обсуждения врача с пациентом первоначального разочарования, причиной которому является трансфер, после возникновения рабочего альянса (хотя бы в зачаточной форме), психотерапевт должен быть очень внимателен к тому, как общается с ним больной. Хотя такие отношения, кажется, носят лишь деловой характер или проявляются в виде расспросов о способах увеличения эффективности лечебного процесса, пациент обязательно использует любое взаимодействие, чтобы преломить настоящее в стиле прошлого и каким-то образом отреагировать "принуждение к повторению". Пациент таким образом формирует и разыгрывает трансферную реакцию с терапевтом.

Часто на этом этапе лечения пациент начинает проявлять любопытство в отношении самого врача или же жалуется на то, что, по его мнению, терапевт не уделяет достаточно внимания его проблемам. Иногда пациент может проявлять полное безразличие к усилиям психиатра, проводящего психотерапию, или же может утверждать, что психиатр добился таких успехов, что пора прекращать лечение. Здесь возможна любая реакция.

Существуют определенные правила, которые помогают терапевту работать с трансфером на этом этапе лечения. Терапевт всегда должен проявлять интерес к тому, что о нем или ней думает пациент, какие чувства испытывает и не позволять себе считать слова пациента нейтральными замечаниями о некоем абстрактном опыте. Для того, чтобы помочь пациенту понять трансфер и приступить к развитию у него способности .работать с ним, психиатр должен привлечь внимание больного к этой направленности его мыслей. Так, терапевт может попросить пациента рассказать ему о том, что он думает о своем враче (см.таблицу 5-2).

Таблица 5-2.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСФЕРА В ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Способствуйте оживлению прошлого больного.

Помогите пациенту вспомнить его историю.

Помогите понять его личностные реакции в любых жизненных ситуациях.

Это в какой-то мере больше сфокусирует внимание как терапевта, так и больного, позволит создать более подробную картину трансфера, о чем можно судить из нижеследующего примера:

"Один мужчина, которому было за тридцать, обратился за помощью к врачу в период первой беременности его жены в связи с растущей тревогой. Спустя шесть месяцев, когда приближался срок рождения ребенка у его жены, он начал говорить о прекращении лечения. Он утверждал, что психиатр оказал ему огромную помощь, что теперь он может продолжать жить, как прежде, выражал ему свою благодарность и пр. Но психиатр понимал, что у этого пациента еще немало конфликтов, которые причиняют ему беспокойства. Они мешали ему реализовать до конца свой творческий потенциал в школе, на работе, в его взаимоотношениях с близкими друзьями и родственниками. Терапевт также чувствовал, что он дал об этом понять своему больному. Психиатр считал, что в контексте трансфера этот разговор о прекращении лечения следует понимать как проявление сопротивления, способ избежать дальнейшей терапии, которая могла выявить природу бессознательных импульсов и страхов пациента."

Тогда психиатр прибегнул к методу привлечения внимания своего пациента к трансферу с помощью прямого вопроса: "Вы сказали, что я вам оказал большую помощь и даже похвалили меня. А теперь расскажите мне, что вы чувствуете по отношению ко мне в настоящий момент. Каковы ваши мысли обо мне, тем более что мне кажется, что нам предстоит еще немало поработать вместе". Пациент ответил, что в данный момент он чувствует раздражение, так как считает вопрос психиатра несколько навязчивым. Тогда психиатр попросил его развить дальше свою мысль, подчеркивая, что ему хотелось бы знать, какие именно чувства испытывает он по отношению к нему как к навязчивой личности. Отвечая на этот вопрос, мягко поставленный терапевтом, пациент выразил сомнение в том, что терапевт был на самом деле заинтересован в оказании ему помощи, а скорее всего преследовал свои собственные научные интересы. Затем терапевт искусно заметил, что, вероятно, пациент не хотел высказывать эту идею прежде и поинтересовался, не видит ли он каких-то иных проблем в их отношениях. В результате

был выявлен целый список жалоб на психиатра, выраженных со скрываемым прежде гневом.

Выложив все, что у него было на душе, не услыхав при этом ни слова неодобрения со стороны терапевта, пациент вновь оказался восприимчивым к терапии, которая на протяжении следующих двух месяцев сосредотачивалась на его взаимоотношениях со своим властным и эгоистичным отцом, на тех воспоминаниях, которые лежали в основе его ранней трансферной реакции. Важность этого примера заключается в том, что привлечение внимания к трансферу и к его действию как препятствию для дальнейшего раскрытия причин заболевания дало возможность пациенту продвинуться вперед. Если бы терапевт оказался человеком, не способным терпимо относиться к чувствам больного и анализировать их бесстрастно в обстановке полной безопасности для пациента и своего нейтралитета, то проводимое им лечение, конечно, пошло бы насмарку и завершилось бы преждевременно.

И ТРАНСФЕР КАК СОПРОТИВЛЕНИЕ

Часто при психодинамической психотерапии пациенты прямо отказываются признать трансфер и исследовать его. Они обычно утверждают, что либо их чувства в отношении терапевта вполне оправданы, либо они мимолетны, не столь важны и не заслуживают какого-либо анализа. В любом случае терапевт поступит правильно, описав пациенту модель трансфера в качестве первого шага на пути вовлечения пациента в исследование своей соб-"ч венной трансферной реакции.

Такая модель должна включать идею, что психотерапия — это особая ситуация, что-то вроде сцены, на которой обычные события, протекающие в нашей жизни, предстают в более драматичной, а посему и более наглядной форме. Но хотя и справедливо, что все, что испытывает пациент, даже если это с трудом заметно, является неким преувеличением, тем не менее трансферная ситуация складывается по правилам психологии человека. Мы все переносим чувства и идеи из прошлых отношений в нынешние. Эти чувства весьма реальны в психологическом смысле. Независимо от того, что является стимулятором таких чувств, включая поведение и самого терапевта, весьма полезно разобрать их в психотерапии, где их можно использовать для выявления природы тех трудностей, с которыми приходится сталкиваться пациенту. Для иллюстрации этого можно привести следующий пример:

"Одна весьма интеллектуальная женщина, ученый-физик, неохотно, по настоянию своего мужа, обратилась за психодинамической психотерапией. Ее супруг считал, что она становится все более от него отчужденной и эмоционально ему недоступной. С порога она объявила психиатру, женщине-врачу, что она "не верит" в психиатрию и упрямо отвергала все попытки терапевта помочь ей и обратить внимание на причины своего состояния. Психотерапевт предприняла попытку привлечь внимание пациентки к тем чувствам, которые та испытывает к ней, но неудачно. Во всех своих ответах пациентка утверждала, что врач попросту ее изводит. По сути дела, трансфер оказался настолько интенсивным, что не было почти никаких шансов создать необходимый терапевтический альянс. Психиатр объясняла описанную выше модель в течение нескольких недель, отдавая себе отчет в том, что ее настойчивость может восприниматься пациенткой как некий изъян характера. Наконец, пациентка призналась, что относилась к своему мужу, как к настырному индивиду, как к задире, под стать своему отцу. Она с первого же дня пыталась задирать своего психиатра, воспринимая его как врага, действующего точнотак,какпоступалеемуж.Начинаясэтогомомента пациентка начала лучше использовать свои трансферные реакции в качестве инструмента для понимания самой себя, и ее лечение начало прогрессировать".

Этот случай также наглядно иллюстрирует, что при формировании трансфера терапевт любого пола может ассоциироваться с представителем противоположного пола. На самом деле, если трасфер полностью понят, то терапевта неизменно психологически связывают с обоими родителями, и он становится центром приложения как любовных, так и агрессивных чувств, что нам и демонстрирует нижеследующий пример:

"Пятидесятилетняя женщина обратилась за помощью из-за испытываемых ею значительных трудностей в связи с неспособностью свыкнуться с уходом из дома взрослых дочерей. Когда успешное лечение подходило к концу, она сообщила терапевту,

что испытывала к нему такую же любовь, как и к своей матери, когда она из девочки превращалась в женщину. Она выражала надежду, что терапевт помог ей примириться с требованиями, выдвигаемыми перед ней новым этапом ее жизни, который требовал от нее отказаться от близких уз, связывавших ее с дочерьми. Она вспомнила, как ее мать облегчила ей расторжение подобных уз, когда она сама покидала дом, уезжая на учебу в колледж. Психиатр не расценил все это как простое признание в чувствах и должную оценку своего труда, а скорее как смесь трансфера с новыми, нахлынувшими на нее чувствами. Так как эта пациентка научилась работать с трансфером в ходе терапевтического лечения, он заметил, что к концу лечения она начала испытывать к нему такие же чувства, как и к своей матери. Он спросил ее, приходят ли ей на ум какие-то другие чувства к матери, й она призналась, как она гневалась на нее за то, что она позволила ей. покинуть родительский дом, и какой гнев она всегда испытывала к своему отцу по той же причине. Она вспомнила, как гневалась она на своих детей, которые покидали ее и уезжали, а также гнев на своего психиатра за то, что он позволил курсу лечения подойти к концу. Такая масштабность проявления гнева пациентки по отношению и к своим родителям, и детям, теперь проявилась в невиданно концентрированном виде и теперь, благодаря трансферу, это можно было понять во всей глубине".

Мы видим вновь обретенную пациенткой способность признать проявления своего гнева при разлуке, осознать смешение чувств гнева и любви по отношению к своей матери, отцу, детям и вообще к любому человеку, как мужчине, так и женщине, вовлеченному в ситуацию расторжения уз.

Трансфер — сложное явление. Оно не связано с полом, включает в себя чувства, первоначально испытываемые по отношению к более чем одному человеку, причем обоих полов, и такие чувства могут быть как позитивными, так и негативными. Более того, хотя трансфер может стимулироваться тем, что происходит в настоящее время, в данной обстановке, его все же следует исследовать в контексте того, как прошлое человека влияет на его настоящее.

\

• ЭРОТИЧЕСКИЙ И АГРЕССИВНЫЙ ТРАНСФЕР

Если трансфер проявляется интенсивно, то позитивные или любовные чувства обычно подразумевают эротические желания, а негативные или агрессивные чувства подразумевают деструктивные желания и ненависть. Такие сильные чувства представляют собой повторение опыта того, что пациент впервые испытал, когда был ребенком, по отношению к своим родителям, братьям, сестрам и другим важным для него лицам в течение критических фаз психологического развития. Эти чувства проявляются в трансфере, так как "принуждение к повторению" вплетает их во взаимоотношения с психотерапевтом, хотя в большинстве случаев, когда они проявляются, если к ним не проявляют внимания, они остаются бессознательными. Соответственно, эти чувства становятся сознательными благодаря вмешательству терапевта, который искусно следит за механизмами мышления пациента, теми механизмами, которые маскируют трансфер. Все это позволяет провести детальное и эмоционально значимое исследование как психологических страданий, так и наиболее важных факторов, которые сыграли свою роль при формировании личности пациента.

На нижеследующем примере можно проиллюстрировать эротический и агрессивный вид трансфера:

"Двадцатипятилетний молодой человек стал тревожным и депрессивным, у него возникли фобические симптомы, когда перед ним предстала перспектива завершения обучения и начала собственной карьеры. Он подвергся психодинамической психотерапии и спустя шесть месяцев стал проявлять некоторую неприязнь к своему психиатру-женщине. Во время сеансов он рассказал ей о целой серии своих сновидений. Во сне рядом с ним постоянно находились различные женщины, но все они были ему неприятны. В то же время психиатр заметила, что он начал приходить на сеансы лечения, вырядившись настоящим франтом, и много говорил о том, как его любят женщины и какой он превосходный сексуальный партнер. Психиатр несколько раз задавала себе вопрос, не пытается ли он быть для нее привлекательным, что заставляло его менять свой наряд чуть ли не каждый сеанс. После ее расспросов в этом направлении пациент, наконец, признался, что

находит ее весьма привлекательной и спросил, не хотела бы она пойти куда-нибудь вместе с ним. Затем в течение следующих двух лет наблюдалось очень сильное выражение любви и сексуального влечения по отношению к психиатру, которое сменил отчаянный гнев из-за ее отказа прийти к нему на свидание. На третий год психодинамической психотерапии (два сеанса в неделю) оказалось, что все эти чувства у пациента были связаны с его детскими переживаниями, когда он очень хотел, чтобы его мать принадлежала только ему и чтобы отец исчез. Его страхи, связанные с началом карьеры и приведшие его в клинику, были поняты как боязнь вступить в мир взрослых и конкурировать в нем с другими взрослыми мужчинами, оспаривая любовь к взрослым женщинам".

- ПРОРАБОТКА ТРАНСФЕРА

Пациенты, проявляющие сильные трансферные чувства, могут использовать их в качестве "защиты", чтобы избежать рассмотрения тех трудностей и конфликтов, которые привели их к лечению. Однако значительно более распространенной в случаях, связанных с развитием сильного трансфера, является возникающая после нескольких лет работы возможность понять и "проработать" ранний опыт, имеющий фундаментальное значение для жизни пациента. При многих расстройствах, особенно при тех, которые по традиции психоаналитики называют "неврозами", проявления такого основополагающего опыта включают эдиповы чувства сильной любви или ненависти по отношению к своим родителям. В таких случаях трансфер может возродить в стенах кабинета врача трудно осознаваемые, но мощные "организаторы" мыслей, чувств и поведения. Трансфер оказывает помощь пациенту в познании, понимании и обретении контроля над импульсами, которые, став осознанными, перестают быть тем, чем они были: всемогущими желаниями ребенка. Такой процесс называется "проработкой".

Даже если осуществляется процесс "проработки", детские импульсы вновь могут укрыться в бессознательном и вызвать психологический конфликт и боль. Поэтому психодинамическая терапия, которая рассчитана на успех, стремится таким образом вооружить пациента, чтобы он смог начать самоанализ после завершения курса лечения, чтобы тем самым смягчить последующие психологические трудности. После тщательного и всестороннего изучения трансфера, которому предоставили возможность как следует "вызреть", значительно усиливается вероятность того, что бывший пациент сможет успешно поддерживать хорошее самочувствие и владеть собой сполна. Кроме того, в процессе таких исследований пациент может овладеть искусством самопознания, которое должно укрепиться на завершающей стадии лечения.

6 Глава КОНТРТРАНСФЕР

Контртрансфер — это эмоциональная реакция терапевта на пациента. Исторически контртрансфер понимается как трансфер терапевта по отношению к пациенту, как ответ на трансфер пациента. Подобно всем видам трансфера, контртрансфер терапевта был результатом бессознательных конфликтов; правда, эти неразрешенные конфликты являлись конфликтами терапевта, а не пациента. Такой "противоперенос", как считалось, препятствует способности к верному суждению терапевта при осуществлении терапии.

Существует множество контртрансферов, и они весьма разноообразны. Часто они являются результатом событий, произошедших в жизни терапевта, которые могут сделать его более чувствительным к определенным темам ассоциаций своего пациента. То, на каком этапе жизни терапевт находится, — включая вопросы интимности, достижений, или, скажем, старости, — тоже может воздействовать на то, как он "слышит" больного. Интенсивные трансферы любого вида — эротические, агрессивные, девалюирующие, идеализирующие и прочие — всегда готовы служить в качестве стимула для пробуждения в терапевте элементов его прошлого. Психиатр, проходящий курс обучения и испытывающий все связанные с этим тяготы, включая рабочую перегрузку, проблемы начала или окончания курсов лечения, может почувствовать вдруг, что все его пациенты говорят на одну и ту, же тему, которая "случайно" соответствует тому, что тяготит его самого. Когда все пациенты начинают рассказывать о том, что они переутомились, что они рассержены или расстроены, терапевт, размышляя над этим, может задаться вопросом: уж не выбрана ли эта тема им самим, так ли очевидно, что она является главным вопросом для всех его пациентов. Обычно проблемы с контртрансфером возникают в конце обучения, когда терапевт и его пациент сталкиваются с проблемой завершения лечения. Для пациента это — завершение курса лечения; для терапевта — это одновременно завершение лечения и конец какого-то этапа в жизни, который часто сопровождается сменой места работы, утратой коллег и друзей, но также и с ожиданиями впереди новых достижений. Такая сложная эмоциональная ситуация может привести к тому, что те чувства, которые испытывает пациент, приближаясь к завершению лечения, будут терапевтом оставлены без надлежащего внимания, что можно продемонстрировать на следующем примере:

> "Молодой терапевт готовился к завершению учебы и переезду в другой город с чувством сожаления, но и одновременно гордости за свои успехи. Его пациент планировал вступить в новый брак. Терапевт был очень озабочен тем, что его пациент делает неверный выбор и действует импульсивно. Он опасался, как бы не произошло такое, что могло бы нанести травму жизни пациента. Терапевт начал искать совета и обсудил свои чувства с коллегой. Коллега его внимательно выслушал и сказал, что, судя по всему, пациент делает правильный выбор, и что он говорил о том, какую помощь ему оказала терапия и как ему будет этого не хватать. В ту ночь терапевт видел сон. В июле, якобы, выпал снег. Он начал размышлять над своим сном, и вдруг ему явилось неясное воспоминание о разлуке с отцом. Она произошла в декабре, и терапевту, которому тогда было три года, грозило серьезное заболевание. Тогда ему на ум пришел пациент, и терапевт понял, что во сне он ощутил свое беспокойство в связи с разлукой и символическим "оставлением отца" в ситуации с пациентом. Терапевт испытал большое облегчение от своей излишней озабоченности за будущее пациента, и стал лучше понимать как его чувства, так и свои собственные".

В этом случае терапевт приписал пациенту свои собственные заботы и страхи, и таким образом защищал себя от чувства гордости, которые он испытывал в связи со своими достижениями. То, как он слышал пациента, в результате оказалось искаженным, так как он направил свое внимание не на верный аспект (тревога) и пропустил весьма важную тему (достижения, конкуренция и успех). Но терапевт вовремя обратился к своему коллеге за помощью для преодоления своих контртрансферных чувств.

В последнее время термин "конртрансфер" стал все больше использоваться для описания почти всех эмоциональных реакций терапевта на пациента в терапевтической ситуации. Такие реакции могут быть либо потенциальным препятствием, либо — ус-

корением, инструментом для лучшего понимания пациента. Клиницист может заметить главные конфликты пациента через наблюдение собственных незначительных эмоциональных реакций. Затем терапевт может исследовать эти чувства с помощью самоанализа и рассматривать их как возможные отзвуки своего бессознательного, но также как реакцию на озабоченность пациента, сокрытую в его языке, манере поведения, фантазиях, как это нам иллюстрирует следующий пример:

"Одинокая среднего возраста учительница говорила в высокопарном, эмоционально отстраненном стиле о тех недостатках, которые она видела в своих коллегах, а затем начала перечислять недостатки своего терапевта. "Не желаю с вами разговаривать, — сказала она. — Я чувствую, что вы далеки от меня и не обращаете на меня ровным счетом никакого внимания". В своей ответной реакции терапевт на самом деле почувствовал себя далеким от пациентки, ему стало скучно, он был уязвлен такой незаслуженной критикой и занял оборонительную позицию в отношении своей работы. Вскоре после этой сцены пациентка начала ассоциировать свои чувства с эмоциональной отдаленностью от членов своей семьи. Она чувствовала, что ее не любят, не ценят по достоинству, подвергают со всех сторон критике, особенно этим отличалась ее мать. В результате, по ее словам, она оказалась в пожизненной эмоциональной изоляции; она впала в отчаяние от того, что не сможет любить и ценить себя достаточно для того, чтобы завязать с кем-нибудь близкие, исполненные теплоты и любви отношения. Терапевт подумал о том, что, возможно, эта пациентка усвоила сверхкритическую и эмоционально дистантную манеру своей матери, чтобы тем самым защитить свои давнишние желания быть любимой и оцененной по достоинству. Отдавая себе в этом отчет, терапевт признал, что его собственные оскорбленные чувства и отстраненность были лишь слабой копией хронического чувства обиды у пациентки, которая пыталась бороться с этим все большим отчуждением".

Контртрансфер, как видно из этого маленького рассказа, может предоставить нам определенную возможность для успешных действий. Начинающие терапевты особенно ранимы недооценкой их работы со стороны враждебно настроенного пациента. Испытывая сомнения в отношении собственной компетентности, страх перед критикой руководителя, а также тревогу в связи, с овладением новым, незнакомым ремеслом, начинающие терапевты могут чувствовать себя уничтоженными обвинениями пациентов в неопытности и некомпетентности. Пациенты очень часто ранят чувства терапевтов, надоедают им, обижают их. Слишком продолжительные раздумья о том, насколько адекватны эмоциональные реакции пациента по отношению к терапевту, как позитивные, так и негативные, могут отвлечь его внимание от важнейшего факта присутствия трансфера. В приведенном выше примере терапевт испытывал скуку, он был недоступен, занял оборонительную позицию. Самое главное в такой эмоциональной ситуации — это способность терапевта понять, что его опыт есть отзвук эмоциональной позиции пациента, которую тот занимал на протяжении всей своей жизни. Страдая от критики, чувствуя себя недооцененной, нелюбимой и недостойной любви, пациентка в детстве заняла отдаленную и сверхкритическую позицию, чтобы спрятать свои чувства и желания большей человеческой близости, защитить их. Психодинамический психотерапевт отмечает свои собственные эмоциональные реакции и оценки, рассматривает их как возможное "окно", открывающееся в область опыта пациента. Часто случается, что, чем интенсивнее и даже запутанее реакция терапевта, тем вероятнее они отражают скрытое, важное, конфликтное внутреннее состояние пациента.

• СОГЛАСУЮЩИЙСЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ виды КОНТРТРАНСФЕРА

Существует два вида контртрансферных реакций: "согласующаяся" и "дополнительная". Эти реакции соответствуют идентификации с эмоциональной позицией пациента или же идентификации с позицией какой-то личности из его прошлого (обычно один из его родителей). (См. таблицу 6-1.)

Таблица 6-1.

ВИДЫ КОНТРТРАНСФЕРНЫХ РЕАКЦИЙ

Согласующаяся:	**Терапевт эмпатически переживает эмоциональное состояние пациента.**
Дополнительная:	**Терапевт эмпатически переживает эмоциональное состояние какой-то значимой личности в жизни пациента**

В описанном выше небольшом примере из клинического опыта возникшие у терапевта болезненные чувства в связи с его недооценкой представляли собой согласующийся контртрансфер, — терапевт эмпатически переживал обычное эмоциональное состояние пациента. Если бы терапевт оказал сопротивление такой болезненной девалюированной согласующейся идентификации и оказал в целях самозащиты сопротивление с помощью реактивной критичности и враждебности, то в таком случае терапевт проявил бы дополнительный контртрансфер, занимая позицию какой-то значимой личности из прошлой жизни пациента. В этом случае клиницист играл бы роль критически настроенной матери, образ которой теперь стал через процесс интернализации частью гиперкритичного сознания пациентки.

Контртрансфер обладает громадной эмоциональной силой. Дополнительный контрасфер может подорвать обычно доброжелательно нейтральную позицию терапевта, может привести к повторам в лечении, а не к успешной работе по ликвидации детских конфликтов. И, наоборот, использование контртрансфера для формулирования и подачи интерпретаций может стать одним из самых действенных терапевтических инструментов, как о том говорит следующий пример:

"Спустя несколько месяцев, продолжая лечение, эта, описанная выше, эмоционально заторможенная и отстраненная школьная учительница, с какой-то особой горечью и печалью отстаивала свое твердое убеждение в том, что она уже больше никогда не выйдет замуж. Она утверждала, что все мужчины по натуре властны и жестоки. По сутч дела, во всех своих любовных делах она не испытывала ничего, кроме разочарования и ощущения, что она подвергается эксплуатации. После продолжительной борьбы с собой она призналась терапевту о своей сексуальной фантазии, которая преследовала ее всю жизнь и включала мотив жестокого к себе отношения со стороны властного и сверхкритически настроенного мужчины. Тогда терапевт указал пациентке на ее пророчество, которое исполнилось. Ведомая садо-мазохистской сексуальной идеей, пациентка бессознательно искала таких мужчин, которые могли бы ее соблазнить, а затем предать — такой сценарий повторялся раз за разом. Пациентка неожиданно впала в ярость и ринулась в атаку на терапевта за его "клеветническую" интерпретацию. Терапевт был поражен свирепостью такого наскока. Он был рассержен, занял оборонительную позицию, но также внутри чувствовал смутную вину, думая, что, может, его вмешательство оказалось нетактичным, раз оно вызвало такую бурную, полную неуважения к нему реакцию. Но терапевт сдержался и обдумывал ситуацию молча. Затем, поразмыслив, он сказал, что отлично понимает все трудности, связанные с откровенными признаниями пациентки о своих сексуальных влечениях, и что, может, благодаря своей высокой чувствительности, она воспринимает терапевта как еще одного соблазнительного и презрительного мужчину, который пригласил ее к близости, а затем оскорбил ее. Пациентка согласилась с такой формулировкой, а затем и с той первоначальной интерпретацией, которая так ее разгневала".

Пациентка цеплялась за идею о том, что все мужчины жестоки, так как для нее было еще больнее признать, что ее фантазии привели к серии любовных историй, обернувшихся унижением. Терапевт раздумывал про себя о том, что его первая интерпретация создавалась на основе как сопереживающих конструктивных импульсов с целью информирования пациентки и облегчения ее страданий, так и раздражения в связи с угрюмой депрессией пациентки, ее пораженчества и упрямо мрачными представлениями о роде человеческом. Слишком долгие размышления терапевта о своей виновности в агрессии — это ловушка для него, преграда на пути к выявлению конфликта в психотерапии. Терапевт в этом случае испытал на собственном опыте как согласующийся, так' и дополнительный контртрансфер. Отождествляя себя с опытом пациентки в отношении ее депрессии, безнадежности и фрустрации, он тем самым занял согласующуюся позицию. Его раздражение и неприятие исполненного горечи, гнева, боли состояния пациентки стало идентификацией с критически настроенными и высокомерными родителями пациентки. Терпимое отношение к обоим аспектам, использование их, привели к полезной интерпретации напряженной трансферно-контртрансферной ситуации.

Пациенты неизменно стараются нанести поражение своим терапевтам и делают это как исподтишка, так и вполне открыто. Один способ — утверждать, что проблемы, приведшие их к ле-

чению, безнадежны, что они загнаны в угол, и этого/ нельзя исправить. Также сопротивление и сведение на нет самых искренних усилий терапевта — еще один способ осуществления конкуренции с ним, с терапевтом, которого они рассматривают с завистью как более могущественного, менее страдающего человека. Стремление молодого терапевта угодить своему руководителю и каким-то образом противодействовать своим страхам или чувству вины в связи со своей неопытностью плохо уживаются с • желанием пациента принизить и даже одержать победу над терапевтом. Тяжелые, враждебно настроенные'и агрессивные пациенты могут разрушить самоуважение терапевта, что способно привести к возникновению контртрансферной ненависти. Обычно такая ненависть скрывается под маской скуки, отстраненности, ухода в себя, а также вызывает скрытое желание у терапевта, чтобы его пациент прервал курс лечения. Когда такой терапевт имеет дело с пограничными, психотическими или суицидальными пациентами, его тайное желание может усилить суицидальный риск, так как такое отношение терапевта свидетельствует о его отречении от больного и оставлении его наедине с самим собой. Опытные клиницисты в таких случаях обычно стараются смирить свои эмоции или продемонстрировать умеренное терапевтическое рвение, чтобы защитить себя от такой особенно опасной трансферно-контртрансферной позиции. Заботливое отношение к пациенту плюс сознание того, что даже самые искусные клиницисты никогда не могут гарантировать успеха при терапевтическом лечении, могут надежно защитить терапевта от обычных трансферных нападок типа: "Если мое лечение оказалось провалом, то значит и вы — никудышный терапевт". Противостояние такому давлению, направленному на унижение профессионального самоуважения, легче осуществляется опытными клиницистами, которые обладают опытом успешно завершенных курсов лечения. Молодому терапевту очень полезно знать, что такой вид трансфера — весьма распространенное явление, и что его не нужно принимать за истинное положение вещей.

Любой терапевт слышит такое периодически на протяжении всей своей карьеры, и часто такие пациенты в конечном итоге демонстрируют отличные результаты.

Сдерживание и переработка контрансфера неизбежно приводит к "расщеплению" в функционировании самого терапевта. В эти моменты одновременно действуют и та "часть" его, которая реагирует чувственно, т.е. субъективно, и та "половина", которая наблюдает за происходящим честно и объективно, стараясь использовать материал такого наблюдения для формулирования интерпретаций. Очень важно для терапевта вовремя заметить и сдержать раздражение, которое является ответом на провокацию со стороны йациента. Также важное значение имеет умение избегать реактивных ответов под наплывом таких сильных' эмоций, как гнев. Пациенты обычно улавливают аффект терапевта по тону его голоса. Точная, но сердито изложенная интерпретация может восприниматься как повторение какой-то прежней травмы и никак не может быть полезным вмешательством со стороны врача. I

Вполне сознательные усилия, предпринимаемые с целью диагностики в себе самом как согласующегося контртрансфера, так и дополнительного — это важный технический прием, которым необходимо овладеть терапевту. Когда в разгаре трансфера пациент ставит терапевта на роль какого-то негодяя, подобного тем негодяям, с которыми ему приходилось сталкиваться в своей жизни в прошлом, то терапевт, как правило, сталкивается с дополнительным контртрансфером. Терапевт должен тогда заняться поиском набора согласующихся чувств, чтобы проложить наощупь путь к пониманию обычного эмоционального состояния пациента. Часто именно в этот момент пациент чувствует, что его терзают внутренние демоны, которых он перекладывает на терапевта:

> "Талантливая, получившая блестящее воспитание, шизоидная женщина довольно спокойно выражала свои жалобы врачу: "Мне не нравится являться сюда дважды в неделю и платить за пропущенные сеансы, когда меня не бывает в городе. Я подумываю о том, чтобы прервать лечение или же присмотреть себе какой-то иной вид терапии. Я пришла сюда некоторое время назад потому, что у меня не было никаких интимных отношений, и их до сих пор у меня нет". Затем еле слышным голосом она начала жаловаться на терапевта, которая была "эксплуататором", весьма вероятно нечестной и определенно надменной женщиной, так как хранила молчание и оставалась спокойной, несмотря на неудовлетворенность пациентки. Терапевт почувствовала поднимающу-

юся внутри ее волну ярости при таком неприкрытом обвинении в ее адрес и сомнений в ее мастерстве и этичности поведения/Однако, проанализировав свою реакцию, врач поняла, что та напоминает состояние пациентки после того, как она получала письма', телефонные звонки от своей матери, а также после визитов матери. Мать очень часто критиковала любое проявление пациентки: ее платье, походку, цвет волос, **фигуру,** друзей, квартиру и вообще стиль жизни. Исходя из этого, терапевт прокомментировала прошлый опыт пациентки, связанный с ее недооценкой и поинтересовалась, отдавала ли пациентка себе отчет, насколько она была рассержена, если выражала свой гнев косвенным путем, в столь **мягком** тоне, еле слышным голосом. Заинтригованная пациентка согласилась с тем, что часто она не отдает себе отчета в том, насколько^ она рассержена. Она сознавала себя беспомощной, чувствовала, что ею пользуются, эксплуатируют. Терапевт использовала свое вмешательство, чтобы понять переживания пациентки в ее семье и представить, каким образом семья контролировала агрессивные чувства".

На этом примере видно, как терапевт, представляемая как "эксплуататор" и негодяйка, почувствовала сильную враждебность в дополнительном контртрансфере. Но она сумела сдержаться, проанализировать свои чувства и найти более адекватный путь через идентификацию с дилеммой, стоящей перед своей паценткой (см. таблицу **6-2).**

Таблица 6-2.

АНАЛИЗ КОНТРТРАНСФЕРА

Терапевт обязан:

Принимать во внимание вопросы своего прошлого и настоящего, их возможное **влияние на ситуацию лечения.**

Не принимать на свой счет чувств, выражаемых пациентом.

Не отреагировать контртрансфера.

Использовать контртрансфер для подготовки интерпретаций.

Использовать контрансферный гнев для понимания враждебности пациента.

Анализировать свои эмоциональные реакции для нахождения "ключей" к динамике пациента.

При работе с пограничными пациентами диагносцировать "я", "расщепленные" образы "я" и объектов через связь трансфера с контртрансфером.

Вести поиск согласующихся контртрансфера, когда он на опыте переживает дополнительный контртрансфер.

Ка^ продемонстрировано в примере, приведенном выше, всегда Ьчень важно вначале понять и ликвидировать негативный контртран;сфер до того, как попытаться проинтерпретирвать и ликвидировать негативный трансфер. При объяснении причин враждебности со \стороны пациента терапевт должен поставить себя на место пациента, чтобы понять, а затем и объяснить те причины, которые, провоцируют такое состояние у больного. Указание на агрессивность пациента, выдернутое из общего контекста его поведения, обычно воспринимается им как проявление недружелюбной критики или нападение.

\

Я КОНТРТРАНСФЕР ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Контртрансфер может проявляться достаточно типично при работе с различными диагностическими категориями. Пациенты, страдающие пограничными расстройствами личности, как группа больных, очень плохо интегрируют любовные и враждебные чувства -ого отношению к самим себе, а также его отношению к значимым людям в своей жизни. Обычно в ходе динамической психотерапии пограничные пациенты выражают одноцветно, в позитивных или негативных тонах образы самих себя или других людей в своей жизни. Часто такие образы выражаются отдельно, один за другим, а не как единый набор смешанных, амбивалентно воспринимаемых чувств. Тогда контртрансферные чувства терапевта могут представлять собой несвязную череду эмоциональных реакций. Такие чувства являются результатом неинтегрированных, бесконечно разноообразных настроений пациента, его попыток выразить себя и взаимодействовать с терапевтом, как это видно из следующую примера:

"Пограничная пациентка в течение многих сеансов жаловалась на свою эмоциональную изоляцию, депрессию, сексуальную заторможенность и лишения. Являясь выходцем из строго пуританской религиозной семьи, пациентка унаследовала жесткую мораль, полную строгих материнских и религиозных запретов, доставляющую ей адские муки. Рассказав на многих сеансах о своих страхах перед критикой матери, пациентка однажды по-

ведала терапевту сон, в котором она видела свою мать, стоявшую на столе с обвинительным перстом, указующим на пациентку, которая вся съежилась внизу под ней. На следующем же сеансе пациентка потребовала от своего терапевта объяснить ей ее симптомы. Она утверждала, что после стольких сеансов на протяжении нескольких месяцев терапевт должен, наконец, полностью понять ее случай. Лечение, по ее мнению, затянулось. Она предполагает, что другие терапевтические методы и лучше, и быстрее действуют. Терапевт вначале испытала чувство вины, так/как не смогла до сих пор сформулировать причину заболевания своей пациентки. Терапевту очень хотелось сделать это тут же, экспромтом, чтобы только ублажить сердитую пациенку. И вдруг клиницисту показалось, что она теперь занимает привычную для пациента позицию, "съежившись внизу, под столом". Пациенка же усвоила образ "требовательной и запугивающей матери".

Как видно из вышеприведенного примера, эта пограничная пациентка "разыгрывала" различные отрывки из ее важных взаимоотношений в различные моменты прошлого. Один день она была маленькой девочкой, чувствующей свою вину; во второй она уже была строгой и угрожающей матерью, возлагая роль маленькой девочки со всеми ее страхами, на терапевта. Тогда последовательно выраженные, но не интегрированные куски трансфера и появляющийся в результате контрансфер становится доступным для терапевта, который может интегрировать их в своем мозгу и затем представить пациентке. Терапевту приходится перескакивать от одного момента прошлого к другому, от одного чувства к другому, чтобы проанализировать контртрансфер с такими пациентами. Чувства, возникшие у терапевта, могут быть совершенно разрозненными и разъединенными по времени, и все же он должен их вызывать вновь, вспоминать, чтобы понять психическую реальность пациента.

Я ДРУГИЕ ВИДЫ КОНТРТРАНСФЕРА

Существует, само собой разумеется, множество других видов контртрансферных реакций, кроме раздражения и оборонительной позиции. Скука, проявляемая терапевтом, — это контртрансферный знак того, что пациент испытывает чрезвычайно конфликтные и упорно защищаемые чувства и импульсы, часто это чувство ярости. Желания защитить пациента могут объясняться его исходной эмоциональной хрупкостью, требующей от терапевта осторожности и такта, но они могут быть также частью бессознательного тайного сговора между трансфером и контрансфером, чтобы обойти те конфликтные области, к которым следует направить внимание. Тот терапевт, который воспринимает все слишком конкретно и на свой счет, может угодить в контртрансферную ловушку, которая аннулирует его контакт с пациентом и не позволит исследовать происхождение и динамику конфликтов пациента.

Нарцистические пациенты часто идеализируют своих терапевтов, превращая их в каких-то суперчеловеков. Их терапевты должны уметь выносить излишнее ими восхищение, не проявляя при этом ни смущения, ни зазнайства. И то, и другое будет блокировать продвижение лечения и приведет к конфликту. Наиболее трудным для начинающих терапевтов является умение сдерживать и анализировать эротические трансферы, которые стимулируют эротизированные контртрансферы. Часто терапевт может испытывать смущение при описании эротических чувств перед своим руководителем и может не понимать, каким образом такие чувства могут стать проводником к исследованию либо темы сексуальности (обычно эдиповой), либо скрытой агрессии. Порой терапевт видит, что высоко эротизированный трансфер и контртрансфер есть лишь последствие идеализации терапевта, в которой очень мало истинно сексуальных чувств. Эротические чувства — это выражение чувств всемогущества пациента, его надежд, страха перед разлукой и агрессии в терапевтических отношениях. Как обычно, ко всем подобным реакциям нужно относиться объективно и с уважением, так как они несут ценную информацию о конфликтах пациента и его прошлом, а это все "золото" для терапевта, которое ему следует добывать при помощи интерпретаций. Растущая способность терапевта использовать контртрансфер — это признак его растущего терапевтического искусства.

• ПОТРЕБНОСТЬ ТЕРАПЕВТА В ЛИЧНОМ ПСИХОАНАЛИЗЕ И СУПЕРВИЗИИ

Несмотря на приносимое удовлетворение, психодинамическая психотерапия — чрезвычайно трудная работа, требующая много энергии, работа, которая пробуждает в самом терапевте как сознательные, так и бессознательные желания, страхи и конфликты. Если выразиться попроще, то на самом деле нельзя выполнять такую работу хорошо без глубокого понимания свой собственной сущности. Фрейд признавал это и требовал от своих последователей не только психоаналитической подготовки, но и периодического личного психоанализа. Он также предписывал практику самоанализа. Он советовал это делать, так как чувствовал, что занятия психотерапией, бессознательными процессами пациента приводят к определенному резонансу в собственном бессознательном и откладывают на него отпечаток. Непризнание и непонимание этого может повредить способности психиатра проводить эффективную работу. Сегодня такие требования часто игнорируются и не без последствий.

Личная терапия или психоанализ, особенно если врач занимается психотерапевтической работой, может оказать громадную помощь развитию искусства терапевта при определении и использовании контртрансфера. Есть, конечно, такие психиатры, которые предпочитают иметь небольшую практику психодинамической психотерапии, но, тем не менее, стараются постоянно вести определенное число таких больных. Для них плата за личный психоанализ или даже личную психодинамическую психотерапию может показаться излишней, непропорциональной тем усилиям, которые они вкладывают в эту область. Хотя не существует адекватной замены личной терапии, все же имеется альтернативная возможность. Это — консультации на постоянной основе со специалистом по психоанализу или психодинамической психотерапии. В такой работе психиатр может столкнуться с трудностями, связанными с контртрансфером, а при необходимости перейти к персональному курсу лечения. Но и само по себе консультирование на постоянной основе может оказаться вполне достаточным.

7 Глава СНОВИДЕНИЯ

Фрейд называл психоанализ сновидений "королевской дорогой к бессознательному". Использование сновидений при динамической психотерапии предоставляет психиатру массу возможностей для оказания помощи пациенту при развитии его понимания того, как работает психика (см. таблицу 7-1).

Таблица 7-1.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СНОВИДЕНИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ

Прояснение защитных механизмов и сопротивлений.
Определение и иллюстрация трансфера.
Превращение бессознательной динамики, конфликтов, воспоминаний в сознательные.
Материал для продолжающегося самоанализа.

Сновидения также позволяют врачу понять, как мыслит его пациент, как он чувствует, как защищает себя и как оказывает сопротивление. Они становятся тем окном, через которое можно "подсмотреть" бессознательные идеи и воспоминания, имеющие важнейшее значение для жизненного опыта пациента. Анализ снов может стать эффективным инструментом для оказания помощи пациенту в развитии своих способностей прогрессирующего самопознания.

• ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СНОВИДЕНИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ. ВВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПРОБЛЕМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СНОВИДЕНИЙ

На раннем этапе лечения, до того, как в ответ на первоначальное зондирование вступили в действие защитные механизмы, сновидения могут оказаться весьма ценными для выявления основных проблем пациента и его конфликтов. На первоначальном этапе толкования снов должны фокусироваться на поверхности опыта спящего человека, на манифестном содержании, открывающемся в галлюцинации сновидения (см. таблицу 7-2).

Таблица 7-2.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СНОВИДЕНИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ

На раннем этапе терапии: Главное внимание — на "дневной остаток" и манифестное содержание сновидения.

Идентификация и иллюстрация функционирования защитных механизмов и сопротивлений в материале сновидения.

Концентрация внимания на проявлениях трансфера в сновидении.

На более поздних этапах: Используйте сновидение для указания на бессознательные желания, страхи и конфликты.

Действительно, на начальной стадии лечения и впоследствии, психодинамический психотерапевт фокусирует свое внимание больше на недавнем опыте пациента, чем на опыте прошлого; то же самое относится и к сновидениям. Терапевт направляет свое внимание на "дневной остаток" в сновидении пациента —- на недавние по времени примеры из жизни пациента, которые служат в качестве источника материала для конструирования сновидения.

Такое внимание терапевта доводит до сведения пациента тот факт, что сновидения связаны с опытом бодрствования, с опытом реальной жизни. Пациент узнает, что сновидения можно анализировать и понимать их смысл; такое первоначальное понимание, в свою очередь, подготавливает пациента для восприятия более глубоких, более бессознательных значений сна, в котором отражаются его детские страхи и желания. Так тайные, лежащие где-то в глубине тревоги, которые беспокоят пациента и которые находят свое отражение в его снах, можно постепенно выявить, проанализировать, понять и овладеть их тайной, если только пациент способен различить эти смысловые слои. Таким образом, сновидения также становятся моделью функционирования психики, которой пациент может пользоваться и которую может понять.

Например, одна молодая, незамужняя девушка, студенткамедик, пользовалась неизменным успехом и была крайне счастлива до тех пор, пока не поступила в ординатуру и не приступила к первому году обучения. Она испытывала все большее беспокойство, когда от нее требовалось вести больных, находящихся в критическом состоянии. Она чувствовала себя абсолютно непригодной для такой работы, считала', что не обладает достаточными знаниями, несмотря на отличные оценки в* институте и наличие исчерпывающего банка информации. По этой причине она приступила к шестимесячному курсу психотерапии с двумя сеансами в неделю.

Однажды ей был поручен уход за пациентом с опасным инфекционным заболеванием, который, несмотря на все предпринятые ею усилия, все же скончался. Ведущий врач и другие опытные сотрудники этого медицинского учреждения, которые работали с этой девушкой, заверяли ее, что все ее действия были абсолютно правильными. Но, как это было типично для нее, где-то глубоко в своем сознании она чувствовала, что упустила больного. В ту ночь, измученная, она глубоко уснула, и ей приснился сон, что она одна находится в каком-то странном месте, в каком-то городе, где она никого не узнавала и где все было незнакомо. Она была совершенно сбита с толку. Потом она почувствовала приступ стыда, так как чувствовала, что должна суметь сориентироваться и отыскать выход. Она заметила, что стоит возле железнодорожного вокзала, поэтому она решила войти в здание и получить там информацию о том, где она находится. Она подумала, что сможет там найти книжный киоск и купить путеводитель. После этого, конечно, она сделает все, что нужно. Тогда во сне ей стало легче.

На следующий день она начала свой психотерапевтический сеанс с описания того чувства, что она не смогла спасти пациента. Вскоре она вспомнила о своем сновидении и рассказала его. Ее психиатр знал, что пациентке почти не приходилось работать со своими сновидениями в ходе терапевтического лечения, и спросил ее для начала, что она сама думает о своем сновидении. Пациентка ответила, что он напомнил ей о том, что она чувствовала накануне, переживая смерть своего пациента. Психиатр поинтересовался, как именно она себя чувствовала, и пациентка ответила, что она была совершенно сбита с толку, когда больной в таком тяжелом состоянии был положен к ней в палату, и она почувствовала стыд за эту растерянность. Психиатр заметил, что, судя по всему, то, что ей приснилось, было отве-

том на эти чувства. Он также указал ей, что этот сон, кажется, предлагал особый способ решения проблемы: она попыталась "прочитать" выход из создавшегося положения. Она на это ответила, что учеба и чтение составляли главный источник поддержки ее жизни, и она стала доктором только потому, что всегда была прилежной студенткой. Начиная с этого сеанса, продолжалась и дальше дискуссия о ее опыте в медицинском вузе, и эта дискуссия ей очень понравилась.

• ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СНОВ НА СРЕДИННОМ ЭТАПЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Шесть месяцев спустя у этого врача-аспирантки произошел подобный случай, ей пришлось пережить смятение и стыд при работе с пациентом, находившимся в критическом состоянии. И вновь она сообщила своему терапевту об идентичном сновидении. На этом этапе терапевт лучше понимал свою пациентку. Теперь он знал, что она испытывала наибольшие трудности в связи с активной (видимой для других) стороной своей врачебной деятельности, особенно когда это привлекало к ней всеобщее внимание. Она предпочитала свой стиль в жизни — скромность и вдумчивость. На этот раз, когда они приступили к обсуждению ее сна, психиатр заметил, что она как создатель сна, — его, так сказать, сценарист, — представила себя в полном замешательстве, сбитой с толку, в поисках книжного киоска, когда могли быть рассмотрены и иные альтернативы. Он поинтересовался, какие приемущества видела она в той роли, которую себе избрала. К тому времени пациентке уже было кое-что известно о действии защитных механизмов и сопротивлении. Она ответила, что ей не нравилось быть чересчур активной или слишком компетентной, что заставляло ее "рисоваться" и привлекать к себе всеобщее внимание. Природа ее защитного стиля, столь важного для ее личности, выкристаллизовалась в сновидении. Сновидение, пересказанное в таком кратком виде и должным образом проиллюстрированное, служит чем-то вроде кратчайшего пути к будущему фокусу в работе. Так и случилось, оно оставалось в центре внимания ее психотерапии в течение еще нескольких месяцев.

• ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СНОВИДЕНИЙ НА БОЛЕЕ ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ

Приблизительно год спустя.много времени было уделено обсуждению желания этой пациентки избежать всеобщего к себе внимания, особенно когда она работала вместе со своими коллегами-мужчинами. Эта тенденция стала особенно явной в ее трансфере по отношению к своему психиатру-мужчине. Она постоянно выражала свое неудовлетворение своими отношениями с друзьями-мужчинами, так как чувствовала, что она неспособна к преданности, страсти и наслаждению.

На сей раз, после сходной ситуации с одним из ее пациентов, она сообщила о том же сновидении, и терапевт решил выяснить у нее, какие ассоциации оно у нее вызывает. Он поступал точно так со всеми сновидениями, о которых она ему рассказывала на второй год работы с ней, и на этот раз он поступил так же с этим повторяющимся сном. Он спросил, что она думала о каждом аспекте этого сновидения, например, что приходило ей на ум, когда она описывала этот странный город, или железнодорожный вокзал, или воображаемый книжный киоск. Именно тогда появилась новая информация о прошлом пациентки. То, что она чувствовала в этой связи, имело важное значение для понимания, кто она такая и как она стала такой. Когда ее спросили по поводу вокзала, то она ассоциировала этот элемент сновидения со своими частыми посещениями железнодорожного вокзала начиная с семилетнего возраста, куда она приходила каждое лето, чтобы с него отправиться в загородный летний лагерь. Она также вспомнила, что в таких случаях мать всегда горько плакала. Она добавила, что она не думала об этом многие годы.

Под влиянием этих оживших воспоминаний она рассказывала о своих взаимоотношениях с матерью так, как не делала этого никогда прежде. Ее мать тоже была очень скромной женщиной и постоянно поощряла свою дочь к учебе, чтобы она стала образованным человеком. Но матери становилось все труднее с дочерью, когда пациентка стала деятельным и агрессивным по характеру подростком. Мать никогда не надеялась, что ее дочери удастся получить стипендию для учебы в колледже и

уехать из родного дома. Хотя мать и высказала свое одобрение, когда это произошло, ее печальные чувства, связанные с разлукой, скрыть было невозможно. Эта ситуация была для пациентки особенно трудной. Скрытые желания близости со стороны матери породили в душе дочери конфликтные чувства, сконцентрированные вокруг темы разлуки, которые преследовали ее на протяжении всего детства. Потом пациентка отметила, что в своем повторяющемся сне она, как сценарист, не захотела ввести лицо мужского пола, какого-нибудь красивого незнакомца, к которому она могла бы смело, с доверием подойти и осведомиться о правильном направлении и с которым она впоследствии могла бы вместе провести день.

Работая со своими сновидениями, эта пациентка сумела лучше использовать возможности своего воображения, научилась более свободному ассоциированию. Она уловила смысл того, что она на самом деле хочет, и какие ее желания боролись между собой за право оказаться в области сознательного. В течение следующего года пациентка, наконец, осознала, что ее чувство стыда, замешательства в различных клинических ситуациях вытекали из ее чувств к матери, как ее внутренний конфликт в связи с ее активностью, агрессивностью и в конечном итоге привлекательностью для мужчин.

Повторяющийся сон иллюстрирует, каким образом на ранних этапах лечения материал сновидения может предоставить "ключи" для понимания центральной динамики личности и каким образом материал сновидений может быть использован в качестве подспорья на более поздних этапах психодинамической психотерапии. Использование манифестного содержания сновидения и "дневного остатка", последующей возможности понимания трансфера и действия защитных механизмов, а также в конечном итоге возможности зондирования бессознательных желаний, страхов и скрытых конфликтов идет рука об руку с дальнейшим прогрессом психотерапии (см. таблицу 7-2). Само собой разумеется, приведенная ситуация с повторяющимся сном, ставшим неким "организующим терапию фактором", поводом для возникновения новых идей и прояснением перспектив, не может считаться абсолютно типичной. Как и любой другой пример, этот выбран из-за своей необычной наглядности, так как в большинстве случаев сновидения появляются в хаотичном порядке, что делает работу с ними менее систематической, а результаты менее очевидными. Тем не менее, он указывает нам на те возможности, которые существуют для понимания пациента с помощью использования его сновидений в психодинамической психотерапии.

• СНОВИДЕНИЕ КАК ИНДИКАТОР БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО •КОНФЛИКТА

Другой характерной чертой сновидений в психодинамической психотерапии является то, что если после первоначальной мобилизации защитных механизмов они предстают менее ясными, то после прояснения этих механизмов и сопротивления, вывода их из игры сновидения становятся значительно более понятными. Если такое произойдет, то терапевт может использовать сновидения как вехи при определении основных бессознательных желаний и конфликтов по мере того как они начинают проникать в область сознательного, как это и продемонстрировано на следующем примере:

> "Пациент — мужчина, которому было чуть за тридцать, третий год проходил лечение психодинамической психотерапией. Он осознал, что его потребность конкурировать с авторитетными лицами мужского пола отражала его чувства состязательности со своим отцом в борьбе за внимание к себе матери. Такое понимание сопровождалось значительно возросшим числом свиданий с женщинами, чтобыловесьма знаменательно, так как первоначальной жалобой пациента были испытываемые им чувства социальной замкнутости, в частности, неуверенность и робость в отношениях с женщинами. Однажды ночью, после свидания, включавшего половой акт с женщиной, которая ему особенно нравилась, ему приснился сон, будто он со своим терапевтом-мужчиной отправились на костюмированный бал, одетые в юбки, как и подобает бравым шотландцам."

Терапевт попросил его высказать свои ассоциации в отношении обоих лиц, упомянутых в этом сновидении. Пациент ответил, что этот сон отнюдь его не удивил, так как его психиатр был шотландцем! Затем, размышляя над образами, навеянными этим сновидением, он рассказал, что всегда смотрел на своего терапевта как на мощного человека, как на образец сильного

мужчины и отметил при этом, что он иногда и наяву мечтал о том, чтобы стать таким человеком, как его терапевт. Он ассоциировал эти свои чувства с тем, как он думал о своем отце, размышляя о нем приблизительно в том же плане. Затем пациент отметил, что он-то сам был совершенно другим человеком. Хотя юбка и может быть частью мужского туалета, когда ее носит мужчина, его юбка говорила о его женственности, во всяком случае, когда он решался надеть ее. Когда он говорил о том, что думает о себе и о своем отце, то всегда какие-то схожие черты между ними заменялись их различиями, так как пациент считал себя человеком слабым, а своего отца — сильным. Он заметил, что его представления о себе как о слабом, не мужчине, постоянно побуждали его избегать гетеросексуальных контактов, причем особенно тогда, когда он чувствовал в себе силы и сексуальную привлекательность. При этом он прокомментировал, что вероятно здесь была какая-то связь между его чувством вины по отношению к матери и его потребностью избегать ситуаций, при которых он мог иметь половые сношения с женщинами.

В этом случае сновидение вскрыло новый пласт бессознательного конфликта. Пациент использовал свой сон, чтобы пролить свет как на нынешние конфликты, так и на стиль поведения в прошлом. Ясность сновидения этого пациента, в котором чувствуются сексуальные оттенки, указывает на низкий уровень защиты во время лечения, что делает доступным для терапевта бессознательный материал, который обычно хорошо защищен. Терапевт должен всегда иметь в виду, что лучше не копать глубже, если уже у него на руках имеется такой богатый материал. Глубина дискуссии должна соответствовать тому, насколько продвинулось лечение, а не ограничиваться сновидением. Точно так же, обсуждением понятного сновидения нельзя пренебрегать, так как тем самым пациент указывает на свою готовность приступить к обсуждению новой темы.

И СНОВИДЕНИЕ КАК ИНДИКАТОР ТРАНСФЕРА

В психодинамической психотерапии на любом этапе сновидения могут играть важную роль при определении природы трансфера. Чем бы ни характеризовался трансфер — чувствами любви или ненависти, привязанностью или гневом, скукой или возбуждением, половым влечением или желанием прекратить лечение, духом сотрудничества или противостояния, — внимание к сновидениям и должная их интерпретация могут представить трансфер в истинном свете. Нижеследующие примеры преследуют цель выявить клинические приемы использования сновидений в ходе психодинамической психотерапии. Читатель должен еще раз просмотреть дискуссию по поводу сновидений при обследовании пациента (глава 3), а также в самом начале лечения (см. выше), чтобы обратить особое внимание на применение сновидений при лечении на этих стадиях.

СЛУЧАЙ 1

На первом году лечения одна пожилая женщина жаловалась, что психотерапия не приносит ей облегчения. Она рассказала свой сон, в котором она предстала маленькой девочкой, которая учится в школе. Вечером она с одноклассниками отправилась на школьную площадку поиграть, когда вдруг все небо потемнело. На определенном расстоянии она увидела учительницу, которая махала рукой, обращаясь, видимо, к той группе, с которой она играла. Но пациентка не могла понять, что же учительнице надо.

После выявления "дневного остатка" психиатр попросил пациентку описать ему, что приходило ей на ум, когда она думала о каждом аспекте этого сновидения. Пациентка ответила, что в этом сновидении она не могла понять, что хотела сказать учительница, и добавила, что, хотя ей и не хотелось в этом признаваться, она чувствовала себя точно так, когда наблюдала за усилиями психиатра установить с ней взаимопонимание. За этим последовала дискуссия о взаимоотношениях между психиатром и пациенткой, в которой главный акцент ставился на том, что терапевт не понимал ее и был не способен с ней разговаривать. Это привело к новым попыткам понять беспокойство пациентки о том, что ее не понимают, и постепенно терапия начала продвигаться вперед.

СЛУЧАЙ 2

Один депрессивный и тревожный сорокалетний пациент увидел во сне, что за ним гонится несколько солдат, которые нанесчи ему удары штыками. Он спрятался под столом и несколько часов

спустя вышел из своего укрытия и убежал прочь. Психиатр попросил пациента рассказать ему, что ему приходило на ум, когда он рассматривал каждый аспект из своего сновидения. Пациент подумал о столе и заметил, что он был точно таким, который стоит в кабинете врача. Когда он думал о солдатах и их штыках, то он ассоциировал все эти мысли с психиатром, который, как он заметил, часто прочищает свою трубку, которую курит во время сеансов, острым инструментом. Психиатр спросил, не чувствовал ли себя пациент "на острие его замечаний", и тот, после некоторой дискуссии, подтвердил это. Пациент даже вспомнил свой опыт с родителями, который и стал основой для трансферного чувства. В течение следующих недель пациент уже более открыто говорил терапевту, когда чувствовал себя уязвленным. После они сумели понять значение подобных моментов, они осознали, что воспоминания о прошлом оживали в нем, когда он испытывал подобные чувства уязвленности.

Оба этих случая представляют нам пациентов, которые узнали, что собой представляет сновидение и как нужно использовать сны для более глубокого понимания мира своих переживаний. После того как пациент развил свою способность использовать различные компоненты сновидения в качестве источника для течения относительно свободных ассоциаций, можно будет многое понять, особенно в отношении трансфера. Это может значительно усилить понимание пациентом своих личных внутренних конфликтов.

И СНОВИДЕНИЕ —- ПРЕДВЕСТНИК ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

В конце психодинамической терапии наблюдается другой феномен, связанный со сновидением: так называемое сновидение — предвестник окончания лечения. Такой сон часто пробуждает в психиатре, пациенте, или и у того, и другого такое чувство, что окончание лечения стоит на повестке дня. В таком сновидении пациент видит свои проблемы в ином свете, чувствует, что они исчезают, что он уже осуществляет над ними свой контроль, или даже что они уже исчезли вовсе. Он чувствует, что трансфер разрешен и что он может теперь сформировать зрелые и свободные отношения со своим психиатром.

Следующий пример может служить этому иллюстрацией:

"Тридцатипятилетняя женщина третий год проходила психотерапевтическое лечение. Оно было начато в связи с проявляемыми ею симптомами тревоги и дистимии. Эта пациентка однажды рассказала свой сон: "Я сижу с вами за столом, и мы обедаем. Я говорю, что больше не испытываю никаких беспокойств, прежней печали. Мы только что завершили беседу по поводу той проблемы, которая была у меня — отсутствие уверенности в себе. В этом сновидении, насколько я помню, я чувствовала себя превосходно, и вот когда мне подали счет, я настояла на том, что заплачу я. Затем мы вместе вышли на улицу, я села в автомобиль и уехала домой."

Читатель не удивится, если узнает, что пациентка при свободном ассоциировании на элементы сновидения дала материал, который заставил думать о возможности окончания лечения. Через месяц была назначена дата окончания.

• ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ

В конце приведем несколько слов в качестве предостережения. Некоторые пациенты не проявляют нужного искусства при работе над своими сновидениями. Ни один из них не в состоянии этого сделать, если его этому не обучать время от времени, и далеко не каждый пациент способен работать с каждым сном. Приведенные в этой главе примеры подобраны в силу их наглядности, но психотерапет не должен отчаиваться, если только незначительный процент материала, связанного со сновидениями, окажется полезным в процессе определения причин сознательного беспокойства больного. Тем не менее очень важно в психотерапии попробовать пойти и по этой дороге, пытаясь перевести бессознательное в область сознательного. Таким образом, пациент может понять, что сновидения — это иная форма мышления и может быть частью тех ассоциаций, которые обычно возникают при работе в области конфликта. Для терапевта не существует лучшего способа работы со сновидениями, чем понимание собственных снов в контексте определения того, что является бессознательным у него самого.

8 Глава ОКОНЧАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Психодинамическая психотерапия в большинстве случаев проводится при условии, что дата ее окончания не может быть точно названа. Психиатр обычно объясняет пациенту, что его лечение продолжится столько, сколько необходимо это для выявления и разрешения внутренних бессознательных конфликтов пациента, пока он сам не поймет, как действует его психика. Часто курс лечения продолжается несколько лет. По мере углубления взаимопонимания между пациентом и терапевтом углубляется самопознание пациента.

Изменения происходят через накопление минимальных, трудно распознаваемых сдвигов состояния.

Однако, все же наступает время, когда как терапевт, так и его пациент соглашаются в том, что пора заканчивать лечение. На этом этапе те области личности пациента, которые причиняют ему страдания, должны быть отделены от сердцевины его чувства самого себя как личности. То, что когда-то считалось главным из испытываемых пациентом трудностей, теперь переживается им как нечто ему чуждое. Пациент уже научился использовать свой интеллект и восприятие на службе своего самосознания и делать это достаточно эффективно.

• КАК РАСПОЗНАТЬ ПРИБЛИЖЕНИЕ ЗАВЕРШАЮЩЕЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ

Терапевт должен помнить, а пациент понимать, что цели, преследуемые при лечении, хотя и связаны с целями пациента в жизни, но существенно от них отличаются. Цели лечения всегда до некоторой степени зависят от требований и возможностей, выдвигаемых самой жизнью — то есть, что возможно в данное время в данном контексте. Завершение лечения вовсе не означает, что пациенту удалось реализовать все свои надежды и желания. Скорее пациент, вступающий в завершающую стадию лечения после его довольно успешного проведения, почувствует значительное облегчение от психологических страданий, и такое облегчение будет вполне очевидно как для терапевта, так и для самого больного. Кроме того, будут разрешены внутренние конфликты пациента, устранены его нынешние симптомы, и в поведении его появятся изменения, носящие постоянный характер.

Но здесь не избежать некоторых разочарований. Некоторые люди, утратившие свои образовательные, супружеские или профессиональные возможности из-за своего возраста или жизненных обстоятельств, не смогут, даже после разрешения своих внутренних конфликтов, заниматься тем, что их так увлекало в иной период жизни. Эти индивидуумы, однако, теперь вооружены психологическими инструментами для понимания конфликтов и их последующего разрешения, и посему могут осознать, каким образом жизнь привела их к этой черте, сумеют достойно оплакать свои утраченные надежды и желания.

По мере приближения конца средней фазы лечения терапевт увидит, что пациент способен понимать его или ее трансферы во всей их глубине и признавать их существование в различной обстановке (см. таблицу 8-1).

Таблица 8-1.

КРИТЕРИИ ЗАВЕРШЕНИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ТТацйёнт чувствует облегчение симптомов: Цимпотомы воспринимаются как нечто чуждое.

Пациент понимает свои характерные защитные механизмы.

Пациент способен понять и признать свои характерные трансферные реакции.

Пациент продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов.

Пациент демонстрирует детальное понимание функционирования собственной психики и начинает применять самоанализ в качестве метода разрешения своих проблем. В большинстве этих областей успехи вполне возможны, хотя и необязательно во всех. Эти успехи отмечаются терапевтом, и он разделяет их со своим больным, указывая на них, как на признак растущего понимания с его стороны тех областей, где проявляется его сила и умение разрешать внутренние конфликты.

В это время как терапевт, так и пациент вместе замечают, что больше не поступает нового материала и что больше не

отмечаются никакие новые сопротивления. Скорее отмечается продуктивная день ото дня работа пациента, который использует на практике то, чему его обучили. В идеальном случае вопрос о завершении лечения поднимает сам пациент. Если становится ясно, что окончание лечения "витает в воздухе", а пациент избегает всякого упоминания о такой возможности, то терапевт должен подойти к такой ситуации, как к защите против завершения. Часто, если пациент поднимает вопрос об окончании лечения в качестве гипотетической возможности, то терапевт обычно выслушивает его некоторое время, когда пациент пускается в рассуждения на эту новую для него тему. Терапевт прислушивается к новым вопросам и новым конфликтам, которые может вызвать эта тема, пытаясь определить, не является ли это проявлением сопротивления или же свидетельством терапевтического успеха, достаточного для оправдания, окончания лечения. В конце концов терапевт должен высказать пациенту свое общее мнение: "Да, судя по всему, мы приближаемся к этому времени". Эти слова являются вступлением к новой серии мыслей и чувств для последующего их анализа в ходе лечения и сигналом к началу процесса его завершения. Дата завершения лечения устанавливается по взаимному согласию. Если лечение продолжалось семь лет, то такая дата может быть назначена за несколько месяцев, а иногда и за полгода.

Н ЗАДАЧИ ЗАВЕРШАЮЩЕГО ЭТАПА

Существуют четыре главные задачи, стоящие перед пациентом и терапевтом в ходе завершающего этапа лечения (см. таблицу **8-2).**

Таблица 8-2.

ЗАВЕРШАЮЩАЯ РАБОТА

Пациент
Подводит итоги терапии.
Переживает на своем опыте и овладевает чувством разлуки и утраты.
Вновь переживает на своем опыте и вновь овладевает трансфером.
Начинает самоанализ.
Пациент и терапевт
Определяют разочарования, границы и неудавшиеся аспекты терапии.
Обсуждают возможность повторного лечения в будущем.
Обсуждают планы на будущее.

Ш ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ ЛЕЧЕНИЯ

Пациент подводит итоги лечения, вновь обращаясь к истории своей болезни и конфликтам, представляя в истинном свете то, что было в результате достигнуто. Такой аспект окончания лечения предусматривает проявление сознательных усилий с его стороны с целью размышления вместе с терапевтом над тем, что привело пациента в клинику и что он узнал о своей личности на опыте своего развития в ходе такого лечения. Этот процесс помогает пациенту завершить курс психотерапии с сознанием исполненного долга. Такое подведение итогов лечения самим пациентом и его терапевтом — очень важная, наполненная эмоциональным смыслом работа. Часто при этом пациент испытывает чувство гордости, своей силы, глубокой благодарности к терапевту, сыгравшему такую важную роль в этом процессе. Такое подведение итогов служит также для облегчения проведения пациентом в будущем самоанализа, освежения той "таблицы знаний", которые больной накопил о самом себе.

• ПЕРЕЖИВАНИЕ НА СОБСТВЕННОМ ОПЫТЕ УТРАТЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОТЕРАПЕВТА

При окончании лечения пациент испытывает то, что является основным и весьма болезненным аспектом человеческой жизни вообще: утрату взаимоотношений с человеком, который оказал ему большую помощь "и которого он обычно воспринимает как человека доброго и понимающего. Такой опыт утраты становится еще одной возможностью для роста больного через идентификацию трансфера, пробуждаемого таким опытом. Терапевт, в свою очередь, тоже чувствует некую значимую утрату — потерю коллеги и ухода в прошлое части своей жизни, увенчавшейся успехом. В это время важно проявлять особое внимание к контртрансферным чувствам. Терапевт может совершить ошибку, избегая опыта пациента, в какой бы форме он ни проявлялся, или же воспринимая чувство утраты как нечто совершенно "реальное". В любом случае можно неосторожно проглядеть элементы трансфера в контексте взаимных интересов больного и врача.

В ПОВТОРНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОПЫТА И ПОВТОРНОЕ ОВЛАДЕНИЕ ТРАНСФЕРОМ

Очень часто в контексте завершения лечения наблюдается рецидив симптомов заболевания пациента и возврат к старым трансферным образцам и стилям взаимодействия с терапевтом. Терапевт в таком случае не должен удивляться и слишком от-, чацваться из-за такой ситуации. Такое положение может предоставить возможность пациенту применить на практике свои вновь обретенные знания и навыки. Кроме того, опыт разлуки приводит к проявлению важных последних трансферных элементов, имеющих отношение к утрате и воскрешению детских надежд на волшебное воссоединение с каким-либо «з трансферных объектов из своего детства.

• УКРЕПЛЕНИЕ НАВЫКОВ САМОАНАЛИЗА В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА РАЗРЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ

Теперь уже к пациенту переходят функции терапевта. При самых лучших сопутствующих обстоятельствах этот процесс самоанализа занимает почти всю жизнь. Теперь пациент прибегает к более высокой интенсивности самоанализа для разрешения хорошо известных внутренних конфликтов и для их понимания. Такой процесс требует от терапевта внимания к пациенту, руководства с его стороны. Он должен поощрять его автономные, независимые усилия с целью собственной интерпретации трансферного сопротивления, не мешать ему при этом и не раздражать.

Как бы там ни было, каким бы способным и талантливым ни оказался пациент, трансферные чувства все же ослабили его способность проводить собственную терапию. Пациент наделил своего терапевта авторитетом своих родителей и ждет от него проявления мудрости, опыта и ясной перспективы. Так, психиатр может оказать бесценную помощь больному, указывая ему на остаточные проявления таких трансферных чувств, поясняя ему, каким образом они могут препятствовать его возросшей способности независимо думать о самом себе, о чем и говорит следующий пример:

"Один очень способный тридцатипятилетний профессионал обратился за лечением из-за испытываемых им трудностей в поддержании интимных отношений. После трех лет терапевтического лечения пациент стал значительно лучше работать и вскоре обручился. Дата окончания лечения была установлена через шесть месяцев. Когда психиатр обратился к нему с просьбой подвести итоги того, чему он научился в ходе лечения, пациент неожиданно отстранился и выразил желание прекратить лечение тут же. Он почувствовал, что такое подведение итогов представляло собой интеллектуальный вызов, который он никак не мог принять. Трансферный ответ был сразу же замечен как самим пациентом, так и аналитиком и определен как еще один пример отстраненного поведения, которое и стало причиной его появления в клинике. Именно от этого он постоянно стремился себя защитить. Однако, впервые такой опыт привел к заторможенности его интеллектуальных способностей. Признавая новую форму старого трансфера, пациент приступил к анализу прошлой терапевтической работы и оказался вполне способным внимательно вновь изучить свои печальные чувства, вызванные тем, что его взаимоотношения с психиатром подходили к концу".

• РАЗОЧАРОВАНИЕ В ЗАВЕРШАЮЩЕЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ

Разочарование — это часть нашей жизни и очень важный аспект опыта окончания лечения. Пациент и терапевт должны вступить врукопашную с тем, чего и быть не может. Терапевт должен осознать и признать границы лечения (см. таблицу 8-2). Признание со стороны терапевта своего разочарования имеет важнейшее значение для его способности работать с разочарованиями своего пациента в проводимой им терапии.

Иногда терапевт не желает заканчивать лечение из-за своего разочарования тем, что было сделано, или же из-за сознательного или бессознательного чувства вины перед больным. Как привязанность терапевта к пациенту, так и чувство своего высокого искусства, которое он черпает из успешного лечения больного с помощью терапии, могут оказаться тормозом при его умении точно определить время окончания курса лечения. Соб-

ственное нежелание испытать на себе еще одну разлуку, такую утрату, тоже может отсрочить окончание лечения и также заставить его проглядеть эффективность собственных способностей пациента.

В некоторых ситуациях завершение лечения может диктоваться чисто внешними причинами, либо потому, что терапевт является стажером и завершает свой срок, или же потому, что он или она работает в такой клинике, где продолжительность лечения определяется медицинской страховкой пациента. Само собой разумеется, пациент может принять твердое решение и, несмотря на хорошую работу терапевта, в одностороннем порядке досрочно прекратить курс терапии. Во всех таких ситуациях психиатр может испытывать трудности, принимая участие в такой завершающей стадии. Бессознательное сопротивление, оказываемое им окончанию лечения, которое в различных случаях может принимать самые разнообразные формы, может тоже усложнить процесс завершения лечения. Завершающая стадия особенно подчеркивает необходимость большего внимания со стороны терапевта к своему внутреннему состоянию, чтобы тем самым оказать максимальную помощь больному.

На завершающем этапе лечения психиатр должен быть готов к тактичному обсуждению границ лечения, чтобы подготовить пациента к более реалистическому восприятию своего будущего и тем самым оказать ему поддержку. Пациент может задать такой вопрос: "Я больше никогда не буду испытывать такого беспокойства?" Обычно он задает вопрос в такой форме: "А что если мне потребуется дополнительная помощь?" Психиатр должен помочь пациенту понять, что у такого вопроса есть как реальные, так и переносные значения. В планы пациента на вполне реальной основе может входить намерение продолжить лечение в будущем, но ведь жизненные обстоятельства могут измениться и вызвать новые, не известные до сих пор проблемы.

Если становится ясно, что показано дальнейшее лечение, а при обсуждении этого вопроса пациент оставался безразличным, то терапевт должен трактовать эту полную удовлетворенность его своим лечением как сопротивление дальнейшей терапии. На завершающей стадии лечения следует обращать особое внимание на нежелание пациента продолжать терапию в дальнейшем или на его стремление преждевременно начать какое-то другое лечение. Очень полезно сообщить пациентам, которые находились на лечении довольно продолжительное время, что процесс завершения распространяется за пределы последнего сеанса. В течение определенного времени после прекращения терапии пациент почувствует, что он или она все еще интегрируют различные аспекты такого завершения. Чувства независимости могут возникнуть только в том случае, когда такие пациенты предоставлены полностью самим себе. Разочарование терапевта, чувство его утраты могут стать препятствием на пути к завершению лечения, как о том свидетельствует приводимый ниже пример:

"Один начинающий психиатр завершал свою аспирантскую стажировку и собирался приступить к частной практике. В течение двух лет он работал с одной учительницей начальной школы, которая начала лечение из-за своих страхов при работе с маленькими детьми. Курс терапии еще не был завершен; однако пациентка заявила, что она не может себе позволить даже тот пониженный гонорар, который определил за лечение психиатр. В той клинике, которую посещала пациентка, существовала практика проведения курса интенсивной терапии для новых пациентов — то есть для таких людей, которые никогда еще не подвергались терапии, — стажерами, потому у этой пациентки не оставалось никаких шансов на продолжение лечения. Врач со своей пациенткой очень упорно работали в ходе этой завершающей фазы. Пациентка была очень довольна тем, что они сделали вместе с врачом. А у доктора вдруг появилось и стало усугубляться чувство грусти, вины и даже обсессивно-компульсивный симптом мытья рук. Он отправился к директору клиники, весьма опытному психоаналитику, который устроил ему курс психотерапии под наблюдением очень опытного старшего коллеги. Очень быстро психиатр осознал корни своего чувства вины: они исходили из его детского опыта и убедился в том, что его чувства препятствовали его пациентке совладать со своими собственными чувствами в отношении дальнейшей терапии. Как только терапевт осознал это, его работа с пациенткой улучшилась; она решила поработать в уикенд, и, хотя все равно у нее **не** хватало денег, чтобы уплатить психиатру, она решила откладывать деньги, чтобы **вновь** начать лечение в будущем".

• КОГДА ЛЕЧЕНИЕ ОКАЗАЛОСЬ БЕЗУСПЕШНЫМ

Все описанные выше случаи и ситуации имели относительно "счастливый" конец. Но бывают такие случаи, когда лечение ни к чему не приводит. Терапевт может принять решение о необходимости завершения курса, или же это может сделать пациент, несмотря на интерпретацию сопротивления или совет поступить иначе. В таких случаях пациент, терапевт, или же они оба могут испытывать сильное разочарование, даже гнев, иногда по отношению друг к другу, иногда по отношению к самому себе, иногда в отношении всех тех теорий, обещаний и поучений, которые заставили их ожидать значительно большего от лечения. Не очень просто ответить на вопрос, как можно уладить подобные ситуации. Само собой разумеется, терапевт должен сделать все, что в его силах, чтобы создать такую атмосферу при лечении, при которой разочарование, а порой и гнев выражал бы только сам пациент. При любой возможности пациенту следует оказать помощь при рассмотрении им альтернативных форм лечения или же лечебной обстановки. Не вызывает сомнения, что как для опытных, так и для неопытных психодинамических психотерапевтов главная проблема заключается в том, что они слишком высоко ценят такую форму лечения, и тем самым они неизменно передают пациенту идею о том, что если такое лечение ничего не дает, то это провал. Само собой разумеется, трудно избежать впечатления полного провала при работе с некоторыми больными, так как независимо от степени нейтралитета терапевта, если он не вносит в лечение какую-то долю собственного энтузиазма и оптимизма, психодинамическая психотерапия почти наверняка попросту не начнется.

Конечно, существуют некоторые приемы, которыми терапевт может воспользоваться на завершающейся стадии лечения и которые могут помочь преодолеть у пациента ощущение полной неудачи. Прежде всего терапевт должен помнить, что его пациент — это постояно меняющийся индивид, независимо от его специфических черт и психологических проблем. Те пациенты, которым не помогла терапия на определенном этапе их жизни, могут в будущем получить более успешную терапию. Если терапевт это понимает и указывает на это своему пациенту, то такое отношение может не только снизить у пациента ощущение неудачи, но и увеличить его шансы на более успешное лечение в будущем. Таким же образом можно сказать, что очень мало нам известно о "притирке" — то есть о совместимости между психиатром и пациентом. Если психиатр понимает этот фактор и вдумчиво доводит его до сознания, то в результате у больного может не сложиться впечатление, что он "виноват" в негативном результате лечения и побудит его искать для лечения другого терапевта. Наконец, откровенная беседа на такую тему на завершающей стадии может в некоторых случаях привести к неожиданной просьбе со стороны больного передать его другому психотерапевту и к взаимному пониманию, что в данный момент идет работа с "трансфером", но отнюдь не над завершающей стадией лечения. Неудачи при психотерапевтическом лечении неизбежны, как и при любом другом» В таких случаях поддержка со стороны врача, его продолжительное, лишенное догматизма, заботливое отношение к больному может значительно, до минимума, уменьшить негативные последствия и до максимума увеличить возможность успешного лечения в будущем.

Ш ПРОЩАНИЕ: РЕАКЦИЯ СО СТОРОНЫ ТЕРАПЕВТА

Завершающая фаза лечения психодинамической терапии предусматривает прощание с больным, что требует как от пациента, так и терапевта больших эмоциональных затрат. Известно, что психодинамические отношения отличаются богатством спектра, так как они являются результатом психологического возмужания и развития и глубоко затрагивают как самого пациента, так и терапевта. Оба члена такой диады вовлечены в такой опыт, и это неизбежно. Если терапия создает такую возможность для пациента, то глубина взаимоотношений и опыт оказания помощи другому человеку, предоставляя ему второй шанс для достижения зрелости, неизменно приводит терапевта к новому пониманию себя самого и к переменам внутри него. Таким образом, в конце, когда пациенту была оказана необходимая помощь с целью осознания всех проблем, связанных с завершающей стадией лечения, после соответствующей беседы, терапевт может остаться наедине с широким спектром сложных и противоречивых чувств.

Завершение лечения — это один из этапов, который требует очень многого от терапевта. Его опыт в этом смысле оказался недавно в центре внимания психодинамических клиницистов и писателей. Абсолютно естественно, что психиатр, который предлагает такую форму лечения, демонстрирует сильные эмоциональные реакции, но он также должен быть способен изучать эти свои специфические чувства и мысли. Длительные чувства утраты, радость от собственного творческого роста, фантазии о будущих встречах с пациентом — все эти эмоции являются обычными у терапевта на завершающей стадии лечения и их следует осознавать, исходя из личного опыта. Очень важно, чтобы такие чувства проявлялись, ибо когда произносят последнее "прощай", пациент должен быть уверен — и ему должно быть это достаточно внятно объяснено, — что его бывший терапевт потенциально является его и будущим терапевтом. Это, однако, не означает, что бывший терапевт не должен приветствовать своих бывших пациентов самым естественным образом, если они случайно встретятся. Но психиатр в любом случае обязан сохранить для пациента шанс на оказание ему помощи в будущем. В этом отношении, например, посещение прежних больных с целью сбора благотворительных средств или .просто ради профессионального совета могут оказать сильное впечатление на пациентов и на их мнение о проделанной терапевтической работе, доступности терапевта для дальнейших контактов с целью продолжения лечения. Благодарный пациент, конечно, не откажет в такой просьбе, но вызванное таким визитом негодование или возмущение может повлиять на его решение обратиться когда-либо к этому терапевту.

Большую помощь психодинамическому психотерапевту при тех интенсивных чувствах, которые его охватывают на завершающей стадии лечения, оказывает самоанализ. Понимание всей сути его или ее взаимоотношений с пациентом и границ такого лечения, может быть весьма полезным при анализе ответных реакций терапевта (см. таблицу **8-3).**

Таблица 8-3.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ, ПРИЗВАННЫЕ ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ ПСИХОТЕРАПЕВТУ НА ЗАВЕРШАЮЩЕЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ

Дисциплинированная практика самоанализа.

Знакомство с границами психодинамической психотерапии.

Супервизия.

Личный психоанализ или глубинная психодинамическая психотерапия.

Наблюдение за собой и беседы с коллегами зачастую позволяют ему заглянуть вовнутрь себя и тем самым избежать чувства полной изоляции. Личный психоанализ или глубинная психодинамическая психотерапия оказывают неоценимую помощь для понимания собственных ответных реакций в отношении эмоционально интенсивной завершающей фазы лечения.

9 Глава
ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ИХ РЕШЕНИЕ

Перед всеми терапевтами, применяющими психодинамическую психотерапию, возникают практические проблемы. Перед начинающим терапевтом они могут предстать в виде кубика Рубика, — многогранной загадки, решения которой, судя по всему, нет (см. таблицу 9-1). Такие вопросы могут касаться как насущных бытовых проблем — таких как зыбор кабинета и его обстановки, определение гонорара за лечение, медицинская страховка, ответы на телефонные звонки выбор времени для отпуска, так и значительно более сложных, типа того, как вести суицидальных и опасных пациентов, принимать или не принимать от больных подарки, когда дать пациенту нужный совет, как быть, если пациент заболевает r процессе лечения и каким образом компенсировать собственные ошибки.

Таблица 9-1.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Кабинет и обстановка в нем	**Опасные пациент**
Гонорары	**Подарки**
• Медицинская страховка	**Советы больному**
Телефонные звонки	Заболевание **пациента**
Выбор времени для отпуска	**Терапевтические ошибки**
Суицидальные пациенты	

КАБИНЕТ: ЕГО ОФОРМЛЕНИЕ И ОБСТАНОВКА

Оформление кабинета должно быть простым и удобным, не слишком обыденным или безличностным, но и не навязчиво информативным в отношении личной жизни врача. Следует избегать фотографий членов семья. Трансферы пациентов зачастую включают мысли и о близких самого терапевта — его родителях, супруге и детях. Конкретная информация об этих людях может стать препятствием к работе с фантазиями пациента, искажая их временные проекции и содержание.

Освещение в кабинете должно быть нормальным и не. очень ярким. Слабо освещенную комнату пациент может воспринимать как приглашение к интимности, а слишком ярко освещенную может найти неудобной и безжизненной. Терапевты не должны располагаться за столом. Необходимо позаботиться об удобных стульях как для пациента, так и для самого терапевта. Стулья должны размещаться на таком расстоянии друг от друга, чтобы подчеркнуть обстановку доверительности, но без навязчивости.

Пациентов приходится принимать в различной обстановке, включая больницы и клиники, кабинеты в специальных учреждениях и даже в домашнем кабинете врача. Само собой разумеется, потенциально опасные психические больные или вообще опасные пациенты обычно проходят лечение в больнице, где им всегда можно оказать любую помощь.

Существуют особые инструкции для использования домашнего кабинета, так как, само собой разумеется, пациенты в таком случае получают доступ к значительному объему информации личного характера в отношении того терапевта, который принимает больных у себя дома. Потенциальные посетители должны быть строго отобраны по телефону. Тех пациентов, у которых в истории болезни отмечены факты насилия, психотические трансферы или отреагирование в поведении чувств, возникающих в процессе психотерапии, нельзя допускать в домашний врачебный кабинет. Интенсивные трансферы, развиваемые такими больными вместе с их слабым контролем над собственным Эго и тенденцией к действиям, зачастую приводят к насильственному вторжению в личную жизнь терапевта и членов его семьи, что делает лечение неудобным для терапевта, а иногда просто невозможным. Такие пациенты могут без конца маячить перед домом врача, преследовать членов его семьи и вообще испытывать неодолимое желание и соблазн всячески злоупотреблять частной частью терапевта.

По телефону терапевт может задать потенциальному пациенту такие приблизительно вопросы:

1. Каковы те симптомы, облегчения которых вы ожидаете от меня?
2. Получали ли вы прежде психотерапию?

3. Проходили ли вы медикаментозное лечение по поводу психиатрических проблем, если да, то какое именно? (Ответы на этот вопрос могут стать ключевыми для последующего диагноза, особенно если пациенту были предписаны антипсихотические препараты.)

4. Лечились ли вы в стационаре, и если да, то при каких обстоятельствах?

Та степень организованности, деликатности, точности выражений и связанности речи, которая проявляется при разговоре потенциального пациента с терапевтом по телефону, может стать "ключом" при решении вопроса, принимать такого пациента дома или не принимать. Например, если пациент звонит терапевту с другого конца города и требует немедленной с ним встречи только потому, что прочитал в газете статью о его работе, то он вряд ли может быть наилучшим клиентом на дому. Такой человек может проявить тенденцию к формированию быстрого, интенсивного и иррационального трансфера. Допустим, другой пациент, который раздобыл фамилию терапевта в процессе перехода от одного терапевта к другому или из какого-то иного надежного источника, друга терапевта или его родственника, может стать желанным клиентом у него дома.

Тс удобства, которые предоставляет врачу домашний кабинет, умаляются риском, связанным с возникновением интенсивного трансфера у больного и оборонительной, защитной реакцией со стороны самого терапевта в виде интенсивного контртрансфера. Терапевт должен быть уверен в полной безопасности своего дома, семьи и своей частной жизни.

- ГОНОРАРЫ

За пределами больниц и клиник, где оказывается бесплатная медицинская помощь и где установлено для врача определенное вознаграждение, психотерапевт, занимающийся частной практикой, обычно устанавливает гонорар за лечение в зависимости от прожиточного минимума, свойственного той местности, в которой он живет. С самого начала лечения вопрос о вознаграждении должен быть решен по-деловому, без всяких обиняков. У многих пациентов, если не у большинства, наблюдаются конфликты, связанные с деньгами. Эти конфликты становятся материалом для психотерапии. Проблемы вокруг денег часто связаны с вопросами личной зависимости, эмоциональными дефектами, а также чувством вины, с алчностью, лишениями и правами на имущество.

Терапевты различаются в своих взглядах на гонорар и в том, как они смотрят на свои счета. Обычно пациенты, которые проходят длительное психотерапевтическое лечение, по сути дела рассматриваются как "арендаторы" времени в расписании терапевтов, а посему должны платить за пропущенные сеансы, если только они по договоренности не переносятся или заполняются каким-то другим пациентом. Но, в основном, терапевт в этом отношении должен занимать самую нейтральную и уважительную позицию по отношению к пациентам. В противном случае ему придется занять новую позицию и вынести свое моральное суждение по поводу того, было ли "оправдано" отсутствие пациента на приеме или же не было. Если пациент проявляет гнев, когда его просят заплатить за пропущенный сеанс, то и здесь психиатру предоставляется возможность исследовать динамику его гнева и понять, почему пациент считает, что терапевт должен мириться с его жизненными требованиями. Терапевт, который действует по таким принципам, может устанавливать более адекватные размеры гонорара, отражающие стабильность посещаемости, что может привести к уменьшению платы за каждый сеанс.

Но это не означает, что терапевт вообще не может снизить размеры гонорара какому-то больному, если только он находит в этом смысл и расположен пойти на такой шаг. Каждый терапевт может заранее определить свои личные финансовые возможности. Клиницисты должны здраво отдавать себе отчет о степени сложности заболевания пациента. Они также определяют, сколько часов своего рабочего времени они должны уделить больным за плату, а сколько, если позволяет это их бюджет, отдать бесплатно, так сказать, "пожертвовать". Вообще, как правило, терапевты обговаривают размеры своего гонорара со своими пациентами ежегодно, и в это время они могут быть изменены либо в ту, либо в иную сторону в зависимости от роста стоимости жизни. Терапевт может повысить ставку своего

гонорара, если, например, финансовое положение его клиента, который до этого платил меньше, позволяет это сделать.

Те пациенты, которые платят пониженную ставку, часто чувствуют себя словно "любимые" дети и считают, что на них распространяется "особая" расположенность. Такой пациент чувствует своей обязанностью каким-то образом выразить свою признательность терапевту, например, никогда на него не сердиться. Все эти чувства терапевт должен подвергать соответствующей интерпретации.

Терапевт обычно должен обсудить все финансовые дела, особо оговорив возможность повышения или понижения ставки, с пациентом после его обследования и перед началом лечения. Пациенты наверняка захотят получить объяснения по поводу того, почему они обязаны платить за те сеансы, которые они пропускают. В этом смысле объяснение, связанное с "арендой" часов в расписании терапевта, может снять многие вопросы. Иногда также весьма полезно предложить пациенту подумать о расчетах с терапевтом за месяц или за год, а не за каждый сеанс.

Пациент всегда имеет право обратиться к другому терапевту, исходя либо из финансовых соображений, либо из своего несогласия с расписанием сеансов и приемов у врача. В таком случае терапевт обязан оказать ему помощь в поисках другого врача или же иного лечения, которое больше устроит пациента. Те возражения, которые обычно носят конфликтную или невротическую основу, можно устранить с помощью обследования больного и соответствующей интерпретации. Но так как это обычно происходит в самом начале, и пациенту еще не удалось создать с терапевтом терапевтический союз, такие шаги обычно успеха не приносят.

• МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА

Сегодня, когда в стране сложилась такая обстановка, когда за лечение платит "третье лицо", терапевту приходится иметь дело со страховыми компаниями. Это часто приводит к возникновению сложных ситуаций. Кроме того, что врачу приходится заполнять кучу различных форм, бумаг, составлять отчеты и т.д., сн еще должен суметь помочь своему пациенту отрегулировать отношения со страховой компанией. А это не так просто сделать с такими пациентами, у которых низкий доход. Для этого нужно составить описание истории болезни пациента, чтобы направить его в страховую компанию причем все это делается с письменного разрешения боли, •гг-, и при этом все пожелания пациента должны быть выполнены. Многие терапевты вынуждены работать над такими Документами вместе, с пациентами до их подачи или по крайней мере узнать у пациента, намерен ли он в этом участвовать.

В таком сообщении не должно быть ничего нового для пациента. Так как обычно в них описываются лишь симптомы заболевания и не приводятся психодинамические гипотезы, на практике обсуждение такого доклада с пациентом доставляет меньше хлопот, чем это может показаться с первого взгляда, и к тому же это зачастую ведет к важному диалогу с врачом.

Н ТЕЛЕФОННЫЕ ЗВОНКИ

Если пациенты звонят по телефону своему терапевту в периоды между приемами, то общее здесь правило — быстро ответить на звонок или же перезвонить пациенту и внимательно выслушать, стараясь сделать такие беседы "между сеансами" как можно короче. Всяких интерпретаций по телефону следует избегать. Причину телефонного звонка необходимо проанализировать и интерпретировать на следующем сеансе с больным. Терапевт должен недвусмысленно дать понять пациенту, что всякое общение между ним и больным, любые вопросы должны быть ограничены рамками приема по расписанию. Однако, если возникает какая-то чрезвычайная ситуация, то терапевт должен сделать все, чтобы ответить соответствующим образом. Такие непредвиденные ситуации могут возникнуть при таких обстоятельствах:

1. Психотический или суицидальный пациент.
2. Какое-то добровольное или навязанное обстоятельство,
3. Пациент, представляющий опасность как для себя, так и для окружающих. О нем необходимо немедленно сообщить в полицию.

4. Экстренное медицинское вмешательство, требующее передачи больного другому специалисту.

Очень важно в чрезвычайных ситуациях действовать быстро и эффективно.

• Любую интерпретацию причин звонка от пациента нужно отложить до более спокойного момента на очередном сеансе.

• ПЛАНИРОВАНИЕ ОТПУСКА

Пациенты должны быть заранее осведомлены о датах отпуска своего терапевта. Для тех пациентов, которым может понадобиться врачебная помощь, терапевт должен организовать возможные вызовы кого-либо из своих коллег.' Тяжелые пациенты, пациенты с серьезными расстройствами должны получать медицинскую помощь от врача по вызову. Такие визиты должны быть заранее обговорены до того, как лечаший терапевт уедет из города. При некоторых обстоятельствах может возникнуть необходимость связаться с врачом, находящимся на отдыхе, по требованию пациента, но обычно к такой практике прибегать не следует и ее нельзя поощрять.

Реакция пациентов на отсутствие своего врача может представить хорошую возможность для повторного изучения реакций пациентов на разлуку, как и их реакции на представившиеся возможности проявления своей независимости и самостоятельности. Отсутствие терапевта может пробудить воспоминания о каких-то разлуках в прошлом и предоставить таким образом пациенту возможность укрепить то, что было достигнуто терапевтическим путем прежде и испытать большую автономию.

• СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПАЦИЕНТЫ

Признание у больного суицидального потенциала и предотвращение попыток самоубийства с его стороны является главной задачей для начинающих терапевтов. Эти вопросы остаются основополагающими в профессиональной жизни любого психотерапевта.

Внимательное изучение истории болезни пациента — это лучший путеводитель при определении степени суицидального риска. Те пациенты, которые в прошлом совершали попытки самоубийства несомненно представляют собой определенный риск, по крайней мере они могут думать о самоубийстве и в ходе интенсивной психотерапии (если при лечении разбираются какие-то критические конфликты). Кроме того, те пациенты, которые, пусть и в отдаленном прошлом, совершали попытку нанести себе вред, представляют гораздо больший риск, чем те, которые лишь думают о самоубийстве, не предпринимая при этом никаких действий. К истории суицидальных чувств нужно относиться с должным уважением, как к серьезной и важной проблеме и никогда не отмахиваться от нее как от "простой" тенденции манипулировать терапевтом.

Терапевт должен быть всегда настороже, всегда готовым, чтобы преодолеть у пациента суицидальные чувства в ходе психотерапевтического лечения. Вообще, если терапевт обеспокоен суицидальными чувствами больного, лучше поговорить об этом с ним откровенно, чем промолчать из-за опасения показаться бестактным или бессердечным. Потенциально суицидальный пациент чувствует себя гораздо увереннее, если он знает, что терапевту все известно о- его состоянии, что он с пониманием к нему относится и не испытывает никакого при этом шока. Можно указать и на другие полезные приемы в этой связи:

1. Иметь твердую договоренность с пациентом, что он или она непременно позовут на помощь, если только возникнет опасность каких-либо суицидальных действий.

2. Обеспечить ночное дежурство врачей, а также во время уикэндов и отпуска лечащего терапевта.

3. Точно знать, куда госпитализировать пациента, если возникнет срочная необходимость.

Сообщение пациенту о готовности терапевта его госпитализировать, как это ни парадоксально, надолго откладывает в некоторых случаях такую потребность. Если терапевт не на шутку озабочен своим суицидальным пациентом, то он должен быть уверенным в возможности быстро связаться с его родственниками. Если пациент серьезно вынашивает план самоубийства или же заявляет об этом открыто, терапевт должен определить тот момент, когда об этом необходимо поставить в известность его семью и предпринять соответствующие превентивные меры.

В ОПАСНЫЕ ПАЦИЕНТЫ

Пациенты, которые, прежде причиняли вред окружающим, а также такие из них, которые впадают в бешенство и подвержены импульсам, толкающим ***их*** на расправу с психиатром, представляют собой большую опасность для психотерапевта. Самое главное правило для терапевта в таких случаях — не строить из себя героя. Терапевты обязаны вовремя предупредить как самих потенциальных жертв такого насилия со стороны пациента, так и соответствующие власти, если они чувствуют, что за всем этим кроется серьезный риск. Сами терапевты должны чувствовать, что они работают в такой обстановке, в которой гарантирована их собственная безопасность. Перед возбужденным, выступающим с угрозами пациентом терапевт не должен блокировать дверь или же каким-то иным образом затруднять ему быстрый выход из кабинета. За такими пациентами наилучший уход осуществляется в больнице или в обстановке групповой практики, когда необходимую помощь можно получить быстро и легко, и когда как пациент, так и сам терапевт чувствуют себя в достаточной безопасности, чтобы проанализировать все трудные вопросы, связанные с проявлениями ярости у пациента.

И ПОДАРКИ

Следует ли принимать подарки от пациента — это довольно щекотливый вопрос, который возникает практически в любой врачебной практике. В идеальном случае подарки брать не стоит, но необходимо исследовать желания и фантазии больного, связанные с таким доверием. Однако иногда, когда имеешь дело с ранимым Пациентом, отказ от подарка может нанести такой удар по его самолюбию, что он значительно перевесит все преимущества, получаемые от отказа принять подношение. В таких случаях необходимо здравое клиническое суждение. Подарок можно принять, особенно если понимание и интерпретация такого шага со стороны пациента становится частью обычного лечения. Само собой разумеется, что если пациент хочет сделать какой-то очень дорогой подарок, то такие подарки нельзя принимать с этической точки зрения. В любом случае нужно выбирать такие действия, которые позволяют пациенту выражать широкий спектр своих чувств и не приводят к торможению его ассоциаций либо в силу испытываемого им чувства своей исключительности, либо в силу ощущения того, что он для терапевта ничего не значит.

• СОВЕТЫ БОЛЬНОМУ: ПСИХОТЕРАПЕВТ В РОЛИ ОБЫЧНОГО ВРАЧА

Как правило, психодинамический психотерапевт стремится к нейтральным, сочувствующим, неруководящим отношениям с пациентом. Иногда возникают редкие, а порой экстраординарные ситуации, при которых терапевту приходится давать советы своему пациенту. Иногда ему приходится давать обычные медицинские указания. Например, если его пациент, проходящий терапевтическое лечение, жалуется на черный, густой стул (предполагается кишечное кровотечение) либо на неврологические проявления и дефекты зрения (подразумеваются внутричерепные отклонения), то пациент может абсолютно ничего не знать о важности сообщаемых врачу симптомов, и в таком случае терапевт обязан дать ему непосредственный, ясный совет, что нужно ему делать, чтобы облегчить такие симптомы. Иногда пациенту с психофизиологическим заболеванием требуется немедленная консультация у другого специалиста и координация с ним своего психотерапевтического лечения. Например, у одного пациента, страдающего грануломатозныгм колитом, после определенного периода яростного трансфера со своим психиатром открылось внутреннее кровотечение. Многие пациенты обладают такими симптомами, которые соматически отражают их конфликтные и сложные чувства на протяжении не только нескольких месяцев, но и лет до того, как наконец они начинают чувствовать и выражать их сознательно с помощью слов. Работа пациента рука об руку с терапевтом — это надежная гарантия его здоровья и полной безопасности.

В семье пациента тоже может возникнуть какая-то чрезвычайная ситуация, включая опасное поведение детей, которая требует совета терапевта. Иногда требуется оказать либо меди

цинскую, либо психиатрическую помощь кому-то из близкого окружения пациента. Время от времени очень важно указать своим пациентам, что они подвергают себя большой финансовой или медицинской опасности, продолжая вести себя в той или иной манере либо из собственной наивности, либо из бессознательного чувства, ведущего к самоуничтожению.

Все такие события требуют от терапевта такта и вдумчивости.

При хорошо организованной психотерапии, достигающей достаточной глубины, значение подобных ситуаций, включая роль самого терапевта, подвергается исследованию с целью их лучшего понимания. Важно в этой связи помнить, что как решение психотерапевта дать совет, так и не давать его в конечном итоге должно подвергнуться исследованию вместе с пациентом, должен быть выяснен его смысл и все точки соприкосновения с прошлым.

• ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Любая серьезная болезнь пациента, требующая госпитализации, приводит к пропуску значительного числа сеансов. Этот вопрос необходимо прямо обсудить с пациентом. Пациент или терапевт могут предпочесть прервать курс лечения, чтобы затем, позже, вновь возобновить его. В таких случаях лучше всего руководствоваться способностями психотерапевта как медика, который стоит на страже интересов своего пациента. Если пациент оказывается в больнице, то терапевт может ему отправить туда почтовую карточку — это может стать важным аспектом поддержания установившегося между ними терапевтического союза и доказательством заботы со стороны врача.

• ОШИБКИ ТЕРАПЕВТА

Когда терапевт допускает ошибки — такие как неявка из-за забывчивости на сеанс, назначение двух пациентов в один и тот же час или неправильное составление счета для оплаты, — то он должен сразу же признать свою оплошность, извиниться перед пациентом, а затем расспросить пациента о его чувствах в связи с таким промахом. Часто пациенты не желают признать ошибку, совершенную терапевтом, или же стремятся скрыть свой гнев или боль из-за того, что они чувствуют себя ущемленными. Терапевт должен использовать такие случаи для самоанализа, для лучшего понимания такого своего огреха. Понимание таких контртрансферов может иногда помочь терапевту различить какие-то тонкие аспекты в своем пациенте, которые он прежде либо проглядел, либо отвечал на них бессознательно из-за их сходства с тем или иным событием в прошлом своего пациента.

• ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ

Все возможные практические проблемы не поддаются учету. Однако можно набросать кое-какие указания для преодоления таких событий (см. таблицу 9-2).

Таблица 9-2.

ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ПРИ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

При возникновении чрезвычайной медицинской ситуации — "Делай то, что нужно".
Как действие, так и бездействие требуют своего исследования.
Действуйте, как заботливый врач.
Поощряйте и усиливайте автономию и независимость пациента.
Создавайте обстановку полной безопасности для проведения исследований.

Прежде всего, при возникновении чрезвычайной медицинской ситуации либо для пациента, либо для члена его или ее семьи (буйный пациент или непосредственное издевательство над ребенком) делайте то, что нужно делать в таких случаях. Подобным образом, при возникновении какого-то заболевания, пациент должен быть направлен для лечения, а затем можно рассмотреть все динамические вопросы, связанные с желанием или нежеланием пациента получать медицинскую помощь, как и с его желанием или нежеланием сменить специалиста. Как обычно, после практического разрешения проблемы терапевт не должен выпускать ее из памяти и постоянно наблюдать за ее

последствиями и исследовать их в ходе терапевтического лечения. Как действия, так и бездействие требуют своего объяснения, и их смысл необходимо донести до сознания больного. Никаких заранее готовых ответов на все не существует. Часто, если заботливый врач стремится к усилению автономии своего пациента и не подвергает его или ее неоправданному риску, он выбирает такое направление, которое позволит ему и впредь сохранять терапевтический союз с пациентом и исследовать то или иное событие позже, на следующем этапе. Психотерапевт должен постоянно помнить о глобальных задачах лечения: предоставить возможность самому пациенту исследовать собственные чувства, фантазии, манеры поведения и делать это все более тщательно, продвигаясь глубже и глубже. Это может привести к разрешению наиболее важных практических проблем как во время "острых" событий, так и после них. В конечном итоге психодинамический психотерапевт должен стремиться к тому, чтобы сориентировать своего пациента делать все то, что наилучшим вербальным способом приведет к исследованию его чувств, мыслей и поведения и сделает это в безопасной для него обстановке.

Глава 1 /л КРАТКОСРОЧНЫЙ КУРС 1U ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

После Второй мировой войны повсюду в мире резко выросла потребность в психотерапии. Вместе с приближением служб психического здоровья к населению, а также в связи с осознанием реальной стоимости здравоохранения сильно возрос интерес к краткому курсу психодинамической психотерапии. В настоящее время такой курс составляет неотъемлемую часть профессиональных навыков любого, клинициста. Такое лечение требует от терапевта умения противостоять собственным амбициям, перфекционизму и идеализации собственной личности. Краткий курс психодинамической психотерапии призван внести поведенческие изменения в какой-то определенной области внутреннего конфликта. Он отличается от долговременного курса психодинамической психотерапии временными рамками прохождения такого лечения. Ограниченное время придает этому виду лечения свои уникальные характерные черты — цели лечения, подбор пациентов и технические приемы.

Краткосрочная психотерапия занимается такими вариантами развития личности пациента, которое было поставлено в тупик неожиданным возникновением какого-то психодинамического конфликта, оказывающего затем свое влияние на весь ход дальнейшей жизни больного. Сосредотачивая свое внимание на таком главном конфликте, пытаясь понята, почему такой конфликт критичен для жизни пациента, терапевт надеется на такие изменения, которые окажут свое воздействие на весь процесс развития и роста пациента. В то время как долговременная психотерапия сосредотачивает свое внимание на "разделяемом с терапевтом прошлом пациента", краткосрочная полагается целиком на "благоприятный момент". Краткосрочная психодинамическая психотерапия в большей степени по сравнению с долгосрочной психотерапией рассчитывает на способность самого пациента делать обобщения и применять на практике то, что было достигнуто в ходе терапевтической работы с целью усиления терапевтического эффекта.

Первоначальные анализы Фрейда были весьма краткими и длились от трех до шести месяцев. Но с течением времени, однако, анализ стал значительно более длительной процедурой. Франц Александер одним из первых применил краткосрочную психодинамическую психотерапию. Позже работа, проведенная Дэвидом Маланом, Питером Сифнеосом, Джеймсом Манном и Хабибом Даванлоо, составила основу нынешнего лечения. Хотя существуют определенные различия в выборе этими авторами своих критериев и технических приемов, те области исследования, в которых они достигли полного согласия, просто поражают воображение.

- ОТБОР ПАЦИЕНТОВ

Идентификация главного конфликта является непременным условием проведения краткосрочной психотерапии. Кроме того, пациент должен обладать способностью думать в терминах чувств и иметь высокую мотивацию. Чем более специфичны основные жалобы, тем больше вероятность выявления конфликтной области за короткое время. Сложные, лежащие на глубине вопросы требуют значительно больше времени. Тот пациент, который сообщает о действительно значимых отношениях хотя бы с одним человеком в жизни, обладает лучшими способностями к объектным взаимоотношениям и сможет лучше перенести те неприятные чувства, которые может вызвать у него курс психотерапии (см. таблицу 10-1). Хорошая реакция на пробную интерпретацию — это обнадеживающий признак. Малан подчеркивает, что если терапевту не удается установить эмоциональный контакт с пациентом, то ему будет чрезвычайно трудно создать за короткое время терапевтический альянс, столь необходимый для краткосрочной психотерапии.

Сифнеос подчеркивает важность сосредоточения внимания на эдиповом комплексе — то есть на теме состязательности, которая касалась бы успеха, победы, утраты и вообще лучшего "имиджа". Однако другие авторы признают более широкий спектр причин главного конфликта. Хотя "тяжесть" заболевания сама по себе не может быть критерием, многие критерии отбора пациентов включают пациентов и с серьезными патологическими изменениями.

Таблица 10-1.

ОТБОР ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Пациент

Главный (фокальный) конфликт.

Способность мыслить в терминах чувств.

Высокая мотивация.

По крайней мере один случай значимых отношений с кем-нибудь.

Хороший ответ при пробной интерпретации.

Терапевт

Способен устанавливать эмоциональный контакт с пациентом.

Исключает пациентов с тяжелой депрессией, психозом или отреагирующих чувства в действия.

Обычно исключает пациентов с пограничными и нарцистическими расстройствами личности, а также параноидными расстройствами.'

Если от пациента можно ожидать проявлений тяжелой депрессии или эпизодических психотических обострений, или если пациент обнаруживает тенденцию к отрсагированию своей патологии в действиях, нарко- и токсикомании, суицидальном поведении, то такой пациент непригоден для краткосрочного лечения. Кроме того, проекция, расщепление и отрицание будут постоянно препятствовать созданию терапевтического союза за короткое время, а это — главное требование для успешного краткосрочного лечения. Такое ограничение ведет к тому, что пограничные, нарцистические и параноидальные больные не смогут получить надежной помощи при краткой психодинамической психотерапии.

Определение основного очага конфликта (фокуса) — важнейшая часть исследования с целью проведения краткосрочной психодинамической психотерапии. Большинство терапевтов не возьмется за это, если такой главный очаг не будет выявлен в ходе предварительного обследования больного. Остаточные, ранние травмы в жизни, а также повторяемые образцы поведения могут указать путь к нахождению главного очага. Иногда какое-то сообщенное пациентом сновидение может оказаться весьма важным и может послужить началом к изучению главного кон-

фликта. Терапевт ищет соответствия между нынешним жизненным конфликтом пациента и каким-то конфликтом в детстве. Чем больше такой шанс, тем скорее можно выявить конфликт и проанализировать его в трансфере. Само собой разумеется, в таком случае лечение может быстро прийти к успешному завершению. Часто поддаются идентификации не один, а несколько конфликтов. Тогда только умение и опыт терапевта могут подсказать ему, какая из пораженных областей является в данный момент критической и наиболее доступной —- то есть какую область удастся "отсечь" от прочих аспектов личности пациента.

Фокальный конфликт необходимо представить пациенту в конце его обследования в виде предложения для начала краткого курса лсиходинамической психотерапии. Такое предложение должно быть сформулировано на доступном, повседневном для пациента языке. Манн описывает сердцевинный конфликт как "постоянно присутствующую, хронически испытываемую пациентом боль", которая исходит от предсознательной области. Это обычно включает чувства "радости, грусти, безумия, страха или вины". Эта основная проблема специфически определяет терапевтический контакт и цель лечения, как это видно из нижеследующего примера:

"Один сорокалетний женатый мужчина, процветающий менеджер среднего уровня, обратился за обследованием из-за нарастающих супружеских проблем. Он сообщил, что его интерес к браку за последние несколько лет резко упал. Супружеские разногласия стали занимать большое место в его взаимоотношениях с женой. У него был двенадцатилетний сын, которого он хотел научить "постоять за себя". Когда его жена и сын начинали ссориться, то он обычно уходил. С сексуальной точки зрения он выражал все меньший интерес к своей жене и куда больше интересовался журнальчиками типа "Плейбой". Записывая историю его жизни, терапевт узнал, что его отец покончил жизнь самоубийством, когда пациенту было двенадцать лет. Он занимался приблизительно тем же бизнесом, что и сын. Мать пациента была тихой и сдержанной женщиной. Она вышла во второй раз замуж недавно, всего десять лет тому назад. Ее второй муж погиб пять лет спустя в авиационной катастрофе".

Какими же могут быть потенциально главные конфликты у такого пациента? Один может вытекать из отстранения его от интимных отношений (с женой) и обращение к более замкнутому стилю поведения. Очень важное значение имеет тот факт, что его сын подошел к тому возрасту, в котором был пациент, когда отец совершил самоубийство, что может привести к исследованию чувств, связанных со смертью отца. Кстати, пациент приближается к возрасту, когда он "переживет" отца. Другим фокусом, отличающимся от чувства утраты, могут стать его конфликтные чувства триумфа в результате того, что он пережил своего отца. В таком случае трансфер может носить отцовский и состязательный характер. Пациент также может заново пережить те трудности, которые были связаны с его воспитанием матерью, когда он наблюдает сцены ссор между своей женой и сыном. Работа над таким главным конфликтом может выявить наличие материнского трансфера.

В случае с этим пациентом мы наблюдаем множество потенциально активных конфликтных областей. Какую из них выбрать — это дело клинициста. Хотя такой выбор — дело нелегкое, но иногда некоторые основные направления такого поиска могут оказать помощь (см. таблицу 10-2).

Таблица 10-2.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛАВНОГО КОНФЛИКТА В ПСИХ0ДИНАМИЧ2СК0Й ПСИХОТЕРАПИИ

Ранние значимые травмы в жизни и повторяемые образцы поведения могут высветить главный конфликт.

Фокальный конфликт должен активно проявляться в жизни пациента.

Пробная интерпретация главного конфликта часто может привести к эмоциональному ответу.

Будьте особенно'внимательны к конфликтам, связанным как с успехом, так и с утратой.

Выберите один главный конфликт в отношении какой-то трансферной фигуры.

Обратитесь к областям торможения (эмоций, интеллекта и т.п.)

Выбранный вами конфликт должен отличаться активностью. Пробная интерпретация какого-то активного конфликта может часто привести к сильным эмоциям, что указывает на активность конфликтной области. Начинающие терапевты часто не замечают тех страхов, которые пациент испытывает перед возможностью какого-то успеха и считают более удобным сопе-

реживать с пациентом утрату, но не страх перед возможным успехом. Очень полезно всегда стараться сформулировать свой случай как с точки зрения страха перед успехом, так и любых утрат для того, чтобы не проглядеть ничего значимого в конфликтной области. Краткосрочная психотерапия имеет тенденцию высвечивать опыт утраты. Если это эдиповы утраты — а не запутанные преэдиповые отношения, — то зачастую терапия успешно справляется с их исследованием. Нужно заниматься только одной конфликтной областью. Обычно это означает, что трансфер будет сконцентрирован вокруг одного человека, а главный конфликт, касающийся этого человека, должен быть сформулирован для пациента. Трансферные интерпретации должны быть ограничены какой-то значимой личностью в прошлом. Избегайте разбрасывания по всем направлениям. Необходимо прежде выяснить те конфликты, которые вызывают торможение. Внимание психотерапевта к тем конфликтным областям, которые вызывают торможение, позволит пациенту испытать возвращение энергии и активности, которые могут быть использованы для разрешения его жизненных проблем.

• ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОКОНЧАНИЕ

В литературе по краткосрочной психотерапии существует единодушное мнение, что краткосрочная психодинамическая психотерапия обычно должна ограничиваться 10 — 20 сеансами, при обычном проведении одного сеанса в неделю. Однако в некоторых случаях может потребоваться до сорока сеансов. Если терапевт превышает это число, то он должен перейти к долгосрочному курсу, который составляет более 40 или 50 сеансов. Продолжительность лечения сильно зависит от поддержания направленности на фокус. Когда лечение переходит отметку 20 сеансов, терапевт может, осознать, что он вторгается в более широкий анализ личности и теряет эту направленность (см. таблицу 10-3).

Таблица 10-3.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Продолжительность

От десяти до двадцати сеансов, — один сеанс в неделю (число может быть увеличено до сорока).

Технические приемы

Основное внимание уделяется анализу защитных механизмов, интерпретации трансфера и воссозданию полной истории заболевания.

Некоторое мягкое игнорирование проблем вне фокуса.

Очень важна завершающая стадия.

Дата окончания лечения и число сеансов обычно определяются в начале лечения.

Окончание краткосрочной психотерапии имеет очень важное значение. Из-за краткости лечения его окончание постоянно присутствует как в сознании врача, так и самого больного. К завершению лечения и утрате трансферной личности необходимо подходить с помощью прямых, осторожных действий с тем, чтобы трансфер переживался как нечто реальное и главное в нынешней жизни пациента.

Аналитики обычно выражают различное мнение по поводу того, следует ли называть дату окончания лечения в его начале. Некоторые называют такую дату и объясняют в это время свои требования в отношении пропущенных сеансов; другие просто называют число сеансов. Некоторые, более опытные клиницисты, оставляют дату окрнчания лечения открытой и обычно сообщают пациенту, что они будут встречаться со своим больным в течение определенного, -короткого отрезка времени. Установление такой даты может побудить тех пациентов, которые опасаются своей зависимости (например, обсессивные пациенты) начать лечение, а также может ограничить регрессию при более сложных случаях.

Обычно окончательная дата лечения избавляет начинающего терапевта от необходимости направлять свое внимание на признаки разрешения конфликтной области и желания пациента закончить лечение. В силу того что такая работа весьма трудна, иногда лучше изучать краткосрочную психотерапию под руководством старшего коллеги и назначить дату окончания лечения

или число сессий, которое будет проведено. Таким образом все три стадии — начало, середина и окончание лечения — будут доведены как до, сознания пациента, так и его терапевта. На всех этих стадиях впоследствии можно точно выявить все необходимые клинические признаки. Кроме того, хотя предварительное определение окончания курса лечения может вызвать определенный стресс у терапевта — обычно это связано с неизбежным вопросом пациента: "А произойдет ли со мной что-нибудь за это время?", — оно также избавляет его от трудностей, связанных с лечением без определенной даты окончания.

• ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ

Все обычные технические приемы, применяемые в психодинамической психотерапии, используются и в краткосрочной терапии: анализ защитных механизмов, интерпретация трансферная, воссоздание, реконструкция истории заболевания (см. таблицу 10-3).

При работе с опытными пациентами могут быть использованы и сновидения, но в строго фокусированном плане. Интерпретации- трансфера, как правило, требуют большой тактичности, а также соответствуютsera обучения пациента, они должны быть лишь настолько глубокими, чтобы быть пациенту понятными. Опытный терапевт все время стремится оставить тот язык, на котором он формулирует трансфер для себя или своего коллеги, и использовать совершенно иные слова в беседе с пациентом. За десять — двенадцать сеансов обычно можно успеть сделать одну-две подобные интерпретации. Если таких интерпретаций получается слишком много, то они утрачивают свою действенность и становятся чем-то весьма тривиальным.

Пациент уже не улавливает их смысла и не чувствует того эмоционального накала от переживания своего прошлого в настоящем. Большой вклад в успех лечения достигается с помощью "некоторого мягкого игнорирования". В ходе краткосрочного лечения выявляются многие области, которые вызывают психодинамический интерес. Однако терапевт должен сосредоточить все свое внимание на главном очаге. Он видит много перед собой интересных направлений, но он должен проигнорировать их без комментариев.

Учитывая фазы предстоящего лечения, терапевт' может помочь себе понять определенные чувства пациента. В самом начале обычно пациент испытывает прилив магических ожиданий грядущих перемен, которые должен вызвать терапевт. На протяжении этой фазы терапевт должен быть сдержан в своих комментариях. Часто при подходе к средней стадии курса лечения пациент может расширить свои ассоциации за рамки фокального конфликта. Каким образом справиться с такой ситуацией и удержать очаг в центре внимания? Этот вопрос предстоит решать терапевту, если он хочет, чтобы краткосрочная терапия оставалась краткосрочной. На средней стадии лечения непременно появится также и сопротивление, что предоставляет возможность терапевту интерпретировать защитный стиль пациента, включающий в себя компоненты как прошлого, так и настоящего. К концу средней стадии или в начале окончания лечения может стать заметной тема трансфера, т.е. появится возможность интерпретировать его в прямой, поддерживающей и эмпатической манере, что может выкристаллизовать главный конфликт в том его виде, в котором он проявился в прошлом и живет в настоящем.

Окончание лечения всегда требует анализа переживаний пациента, связанных с утратой своего объекта трансфера, — его детское желание разрешить какую-то прошлую травму — и реального терапевта. Довольно часто неопытный терапевт начинает чувствовать, что он или она "покидают" своего больного. "Достаточно ли этого? Может, ему требуется что-то еще? Может, стоит продолжать?" В этом случае следует проанализировать реальность ситуации пациента и контртрансфера терапевта. Чаще же, если пациент правильно отобран, терапевт реагирует на трансфер. Часто последние сеансы лечения дают возможность для проведения интерпретации трансфера, связанной с тем, как пациент намерен продлить свои отношения с терапевтом и терапией.

Если пациент требует дополнительных сеансов, то нужно внимательно его выслушать, прислушаться к его просьбам, но вовсе необязательно соглашаться на это. Нужно выяснить — являются ли такие просьбы частью трансфера или же это — проявление нового фокуса, над которым можег быть придется работать в будущем. Само собой разумеется, терапевт не должен стремиться

к завершению лечения во что бы то ни стало, если это может быть связано с серьезными испытаниями для больного.

Здесь можно привести некоторые полезные советы. Часто терапевт просто выслушивает пациента, выражает понимание значения желания пациента не расставаться с терапевтом, и уже в силу этого больной чувствует облегчение и может двигаться дальше. Кроме того, у пациента есть телефон своего терапевта, и он может позвонить ему, если у него вновь возникнут проблемы. Также полезно предоставить пациенту время для того, чтобы он мог воспользоваться новыми навыками и знаниями, даже если уже запланирован следующий курс терапии. Такой перерыв в лечении, когда пациент уверен, что его терапевт доступен, может только укрепить желание пациента выздороветь.

Глава XII ПСИХОТЕРАПИЯ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ И ПРОЧИЕ ТЯЖЕЛЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Пациенты с пограничными, шизоидными и нарцисгичсскими расстройствами личности представляют собой сложную проблему как для начинающего, так и весьма опытного терапевта. Вероятно ни с какой другой группой больных терапевту не приходится втягиваться так глубоко в непосредсгвенный эмоциональный мир пациента. Из-за интенсивности и примитивности основной тревоги пациента, частых изменений клинической картины, а также быстро возникающих, мощных трансферных чувств к терапевту лечение таких пациентов затруднено и становится эмоциональным испытанием для терапевта.

IS ДИАГНОСТИКА

Термин "пограничные расстройства личности" относится к группе пациентов с различными вариантами симптоматики. Можно назвать несколько различных видов такой симптоматологии. Например, следует думать об этом диагнозе у пациента с множественными полиморфными симптомами, включающими интенсивную бессодержательную тревогу, множество фобий, обссссивных ритуалов, конверсионные или ипохондрические проявления. Такие пациенты используют главным образом примитивные защитные механизмы и имеют "объектные отношения" особого рода, что влияет на их межличностные отношения. Та же защита и образцы "объектных взаимоотношений" мобилизуются в трансфере при психодинамической психотерапии.

Таблица 11-1.

ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Расщепление	Разделение позитивного и негативного в образах "я" и объектов.
Отрицание	Намеренное игнорирование важных реальностей.
Девальвация	Сведение значения чего-то важного до минимума и презрительное отрицание этого.
Примитивная идеализация	Преувеличение силы и престижа другого человека.
Всемогущество	Преувеличение собственной силы.
Проекция	Наделение собственными конфликтующими импульсами другого человека.
Прожективная идентификация	Проекция на какого-то человека, над которым пациент затем пытается установить контроль.

За последние несколько десятилетий немало дискуссий вызывает использование пограничным пациентом механизмов "расщепления", что является очень важным аспектом в психотерапии таких пациентов. "Расщепление" относится к активному разделению позитивных образов "я" и объектов от негативных. Этот играющий важную роль защитный механизм частично является причиной отсутствия у таких пациентов целостной психической структуры.

Пограничные больные не обладают твердым и реалистическим образом — "я", здоровым самоуважением и чувством исходного доверия к матери или объекту, ее заменяющему. Так, позже, уже во взрослой жизни, эти пациенты испытывают недостаток доверия во всех своих взаимоотношениях, особенно в отношениях интимного характера. Из-за работы расщепления клиническая картина может меняться очень быстро. Например, в какой-то момент терапевт может получить весьма высокую "идеальную" оценку, а сразу же после этого может наступить "девальвация", то есть снижение оценки, и наоборот. Точно также взаимоотношения больного могут претерпевать и количественные изменения, причем в весьма хаотической манере. Например, пациент может сообщить своему врачу, что все его прежние друзья и союзники переметнулись на другую сторону и превратились в его презренных врагов. Умение совладать с таким "расщеплением" — это главная составляющая часть психотерапии, проводимой с такими пациентами.

Другими важными защитными механизмами у пограничных пациентов являются отрицание, девальвация, примитивная идеализация, всемогущество, проекция и прожективная идентификация. Девальвация и примитивная идеализация часто предстают в виде умаления, или же, напротив, преувеличения силы терапевта и его престижа. Всемогущество проявляется в преувеличении пациентом властной действенности собственных мыслей и чувств. В лечебной обстановке проекция заставляет пациента перекладывать на терапевта свои собственные импульсы, аффекты и прочие психические проявления. Прожективная идентификация — это что-то вроде "обнаруживаемой" проекции. Например, пациент может проецировать свою враждебность на терапевта и со страхом потом ожидать нападения на себя с его стороны. В то же время он чувствует, что он в какой-то мере несет ответственность за установившуюся в кабинете атмосферу взаимной вражды. Другими словами, пациент продолжает идентифицировать себя с враждебностью, но одновременно чувствует потребность взять под свой контроль предполагаемое выражение агрессии со стороны терапевта.

• КОНФЛИКТЫ

Главные внутренние конфликты у пограничных пациентов примитивны и являются "доэдиповыми" по своей природе. Эта причина резких различий между пограничными и невротическими пациентами. Невротические больные обычно ведут борьбу с возникшими на более поздней стадии развития проблемами половой идентификации, стремясь разрешить конфликт между желаниями удовлетворения своих эдиповых влечений духом соперничества с родителями и формирующимся на основе твердых ценностей зрелым эго-идеалом и совестью (Супер-Эго). В отличие от них, пограничным пациентам никогда не было дано почувствовать себя в безопасности в окружающем их мире. Теоретики, занимающие развитием психоанализа, описывают раннюю историю будущего пограничного пациента как историю человека, не имеющего нормальных взаимоотношений с матерью.

Период "воссоединения" фазы разделения и индивидуализации — это для них особенно опасное время. Именно в это вре-

мя начинающий ходить ребенок должен чувствовать себя в достаточной безопасности, чтобы приступить к исследованию окружающего мира самостоятельно, но при условии, что мать будет постоянно для него доступна и от нее он может в любой момент получить эмоциональную "дозаправку". Из-за высокой степени конституционной агрессивности и чрезвычайно интенсивной амбивалентности и враждебности, проявляемой в диаде мать — ребенок, эти дети никогда не чувствуют себя в полной безопасности. Они постоянно неуверены, что их мать (и позже другие люди в их жизни) испытывает по отношению к ним позитивные чувства и понимает их потребности.

Возикновение чувств "исходного доверия" и "постоянства объектов" есть выполнение главных задач раннего "этапа развития личности. Не достигнув таких вех в своем развитии, ребенок (а позже и взрослый человек) становится слишком уязвим для "страха аннигиляции". Такой всепоглощающий страх переводит опыт обычного жизненного кризиса в ситуацию, при которой он испытывает постоянную угрозу своей жизни. Такое беспокойство пограничный пациент старается связать и поставить под свой контроль с помощью своих примитивных защитных механизмов, таких как расщепление, отрицание, проекция и т.д. Именно этот страх подлежит мобилизации и, если дела пойдут хорошо, смягчению при применении интенсивного курса психотерапии для лечения взрослого пограничного больного. Интенсивность "страха аннигиляции" приводит к укреплению защитных механизмов таких пациентов, в связи с чем их лечение и вопросы, связанные с трансферно-контртрансферными взаимоотношениями, становятся весьма трудным делом для терапевта, которому в таком случае предстоят серьезные испытания.

Самые большие трудности пограничные пациенты испытывают при необходимости доверять другим, им трудно поверить в свою безопасность, чувствовать себя целостными, заслуживающими уважения людьми, которые могут "пробиться" в этом мире. Однако клиницист не должен просмотреть тот факт, что у таких пациентов имеются конфликты и на эдиповом уровне, как и у большинства невротических больных. Вопросы, связанные с их ранним развитием, переносятся ими на более позднюю стадию развития и связываются с задачами консолидации своей половой идентификации и разрешения проблем сексуального соперничества (эдипов конфликт). Все происходит, как в разворачивающейся перед глазами драме жизни — никто в ней совершенно не "проваливается" и никому не заказана дорога от перехода в следующий класс. Нас щэдталкивают вперед к конфронтации с трудными вопросами, независимо от того, готовы мы или не готовы к их разрешению, и мы несем в себе неразрешенные конфликты из более ранних стадий жизни. Все эти неразрешенные вопросы сливаются с тревогами более поздних стадий развития.

Так, будущий пограничный пациент, не будучи уверенным в преимущественно позитивном отношении со стороны матери, чувствуя себя уязвимым в этом мире, преждевременно может сблизиться с отцом и испытать интенсивный и преждевременный эдипов конфликт. Таким образом ребенок пытается разрешить половой и генитальный (сексуальный) конфликты и в то же время добиться успокаивающей близости, которую он недополучил в отношениях с матерью. Так, когда при лечении психотерапией пограничного больного сексуальные конфликты мобилизуются в трансфере, клиницисту неизбежно придется столкнуться с наслоением интенсивного чувства тревоги.

Очень часто такие больные более охотно и более открыто обсуждают с терапевтом эротические конфликты, привязанности, проявления ревности, чем невротические пациенты. Такая открытость происходит из того, что некоторая избыточная "сексуальная озабоченность'" служит для маскировки более глубоких и болезненных проблем недоверия и недостаточного "постоянства объектов".

В НАЧАЛО ПСИХОТЕРАПИИ

Приступая к психотерапии с пограничными пациентами, терапевт должен иметь в виду несколько важных вопросов, чтобы правильно диагностировать и осуществлять контроль за их опасным отреагированием. Отреагирование может быть частью предъявляемых жалоб или может возникать на раннем этапе лечения из-за быстроты развития интенсивного трансфера. Хорошим подспорьем для правильной оценки потенциала ярости и самодест-

рукции больного может стать его история, особенно сообщения о таких событиях, которые приводили его в прошлом к госпитализации, попыткам самоубийства и прочим проявлениям регрессии.

Клиницист должен быть хорошо подготовлен, чтобы совладать с регрессиями пациента и его стремлением к самоуничтожению (см. таблицу 11-2).

Терапевт может пригласить дополнительного врача с тем, чтобы тот взял на себя медикаментозное лечение, а также «социального работника для того, чтобы проследить за больным и помочь ему привести в порядок свою повседневную жизнь. Важно также иметь договоренность с больницей, структурами, оказывающими ургентную психиатрическую помощь, а также иметь возможность доступа к больному по телефону, особенно в выходные дни и во время отпусков. Кроме того, терапевт должен более глубоко проанализировать то, что пограничный больной предоставляет ему, рассказывая о событиях своей жизни, а также то, что тот пытается донести до него, обращаясь во время сеансов, чем это можно делать с больным, имеющим не столь серьезные расстройства. У пограничных больных манифестации суицидальных или иных опасных эмоциональных констелляций могут являться в странной и как бы лишенной эмоций форме именно потому, что им столь трудно доверять и они используют механизмы отрицания болезненных чувств.

Таблица 11-2.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ' РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ И ДРУГИМИ ТЯЖКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПАТОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ

Деструктивное отреагирование может контролироваться через:

- **госпитализацию;**
- **оказание ургентной медицинской помощи в соответствующих структурах;**
- **медикаментозное лечение;**
- **структурирование окружающей обстановки;**
- **доступность врача-специалиста.**

Необходимо стараться понять то, что пациент пытается до вас донести как на интеллектуальном, так и на эмоциональном уровне.

Необходимо интерпретировать негативный трансфер и искаженное восприятие реальности быстро и с должным тактом.

Необходимо интерпретировать примитивные защитные механизмы (см. таблицу 11-1).

Необходимо сдерживать и понимать контртрансферные реакции.

Позиция терапевта отличается спокойствием и эмоциональной доступностью, сочетая заботу, интерес к личности больного и не тральность. Любых внушений и манипуляций следует избега? Часто доступность исторического материала вызывает у тера тга соблазн дать преждевременные интерпретации. Терапевт; следует медленно продвигаться вперед за счет "генетических интерпретаций, связывая нынешние проблемы с развитием пациента в детстве. Очень важно исследовать время от времени проявления негативного трансфера в ситуации "сейчас и здесь". Позитивный трансфер используется для ускорения лечения и не подлежит интерпретации. Кроме того, необходимо прояснять восприятие пациента, блокировать его отреагирование и осторожно интерпретировать его примитивные защитные механизмы.

В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ЗАЩИТНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ПОГРАНИЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Работа с примитивными защитными механизмами пограничного пациента является основной частью психотерапевтического лечения. Расщепление проявляется с полной очевидностью, когда пациент в последовательной манере начинает делать альтернативный выбор между позитивным и негативным в образах "я" и объектов, вместо проявления смешанных чувств и амбивалентности. Так, очень важно сознавать, что когда отношение или чувство пациента по отношению к какому-то человеку или вопросу кажется совершенно иным по сравнению с его чувствами, проявляемыми за день до этого или на прошлой неделе, то такое изменение может быть скорее результатом расщепления, а не обычной перемены, о чем свидетельствует следующий пример:

"Одна красивая двадцатипятилетняя замужняя женщина обратилась для прохождения курса лечения с симптомами, имевшими отношение к неразрешенной интенсивной зависимости от своей умирающей матери, которая жила в другой стране. Пациентка длительное время страдала от гастроинтестинальных симптомов и тревоги, которые теперь значительно усиливались из-за давления, которое оказывала на нее, по ее мнению, руково-

дитель ее диссертации, женщина-ученый. Она характеризовала эту женщину как строгую, критичную, настроенную на конкуренцию "ведьму", гораздо старше ее и, вероятно, по ее скрытому убеждению, завидующую красоте пациентки и прочим ее достоинствам. Пациентка выражала также негативное мнение о своей свекрови и о нескольких других знакомых женщинах. В ходе терапии она очень быстро создала идеальный портрет своего терапевта как очень милого и интеллигентного человека, но этот образ вскоре был разрушен до основания, когда она поняла, что придется заплатить за сеансы, пропущенные ею, когда она посещала свои родные места. В моменты разочарования она представляла терапевта как человека холодного, нечестного, не способного к теплому чувству и наживающегося на других. Под напором таких нападок терапевт начал воспринимать свою пациентку как критически настроенную, излишне требовательную, высокомерную и невыносимую женщину, т.е. точно такой, какой она воспринимала руководителя диссертации и свекровь.

После смерти ее матери амплитуда позитивного и негативного восприятия терапевта, как и прочих важных людей в жизни пациентки, еще в большей степени увеличилась. Пациентка то была крайне благодарна ему за предоставление дополнительных сеансов, то подозревала, что терапевт намерен злоупотребить ею в финансовом отношении. На протяжении многих недель ее чувства по отношению к овдовевшему отцу все время менялись — то она испытывала к нему любовь и стремилась его всячески поддержать, то начинала его ненавидеть и желать ему смерти, когда он начал ухаживать за другой женщиной.

Через долгие месяцы, в течение которых пациентка временами проявляла ненависть к своим терапевту и отцу, терапевт начал интерпретировать ее "расщепление", напомнив о ее более позитивных чувствах и о тех трудностях, которые она испытывала, пытаясь вынести собственную амбивалетность. В конечном итоге она стала рассматривать терапевта и отца более амбивалентно и "по-человечески", как людей не слишком хороших, но и не слишком ужасных. Только после этого она смогла испытать на своем опыте глубокое сожаление по поводу смерти матери. Через несколько лет, ушедших на "лечение расщепления" между ее любовью и ненавистью, оказалось возможным проследить связь чувств враждебности с бессознательной конкуренцией со "святой" матерью и гневом, возникавшим у пациентки в ответ на стремление матери во всем ее контролировать."

В отличие от работы с более интегрированными пациентами, задачей терапевта, лечащего пограничного пациента, большей частью является сбор, организация и помощь в воспоминаниях разрозненных образов и эффектных состояний пациента с целью их интеграции. Только после этого может он представить снова пациенту его чувства как разнообразные грани одного и того же конфликта, которые были в защитных целях разделены и расщеплены.

Кроме выяснения и интерпретации защитного использования расщепления, терапевт должен подойти к интерпретации и других типичных защитных механизмов у пациента, страдающего пограничными расстройствами личности (см. таблицу 11-1). Следующие примеры могут проиллюстрировать это.

СЛУЧАЙ 8.

Одна пациентка-алкоголичка в ходе терапевтического лечения расторгла свой хаотический брак, в котором она играла мазохистскую, подчиненную роль в союзе с незрелым и безответственным мужем. После развода она вдруг осознала, что теперь ей придется нести на своих плечах гораздо большую финансовую ответственность, работать полный рабочий день, заботиться о своем доме и своих малолетних детях. На многих сеансах пациентка связывала свои страхи, чувства безнадежности и обиды с тем, что ей все больше приходилось действовать в одиночку. Однако терапевт заметил, что в течение нескольких недель пациентка ничего не говорила о своем пьянстве, которое подчас принимало престо угрожающие масштабы. Когда терапевт привлек к этому ее внимание, указав на отрицание с ее стороны и нежелание сталкиваться с таким серьезным материалом, на который ею не обращалось должного внимания, пациентка разразилась слезами и призналась, что она сильно опасается, как бы алкоголь не свел ее в могилу. Отрицая свое пьянство, она также отрицала и интенсивность проявления ее панических страхов.

СЛУЧАЙ *2.*

53-летней женщине после интенсивного курса психотерапии, продолжавшегося несколько лет, удалось постепенно прсод'мк-п.

свою изоляцию и мысли о самоубийстве. Но после того как она на протяжении нескольких недель испытывала лишь новое для нее чувство благодарности и расположения к терапевту, она вдруг неожиданно возвратилась к прежнему состоянию. Однажды утром, когда терапевт явился на сеанс с одиннадцатиминутным опозданием, он нашел свою пациентку надувшейся, в мрачном расположении духа и здорово разгневанной. Мягким тоном, но весьма настойчиво терапевт предложил ей описать чувства', которые она испытывает в эту минуту и тут же получил в ответ чуть ли не параноидное собственное описание как человека высокомерного, далекого от больных, грубого, жесткого, с презрением относящегося к личному расписанию пациента. Тогда терапевт спросил, соответствует ли такое описание тем многолетним чувствам, которые пациентка испытывала по отношению к себе самой.

Озадаченная поначалу, пациентка призналась, что это не так, но все эти чувства совершенно совпадали с теми, которые она иногда испытывала по отношению к своей матери. Но самое важное, эти чувства соответствовали тому, как она сама относилась к руководству на работе. Пациентка также призналась, как ей внушали страх и сбивали с толку те позитивные чувства, которые она испытывала к своему терапевту на протяжении последних сеансов.

На этом примере проиллюстрированы несколько важных вопросов, с которыми приходится сталкиваться при лечении пограничных пациентов. Прежде всего, здесь вполне очевидна проективная идентификация. Высокомерные, грубые, карательные аспекты своего собственного характера пациентка спроецировала на терапевта, но при этом сохранялась наполненная тревогой связь с этой частью ее личности и стрлх перед враждебностью, которая, как она ожидала, непременно будет обращена на нее, Во-вторых, этот пример демонстрирует важность быстрого обращения к исследованию негативного трансфера, так как в противном случае он может возрасти и нарушить терапевтический альянс, чем поставит под угрозу успешное протекание лечения.

В-третьих, регрессия в трансфере в этом случае весьма типична для пациентов, установивших новую близость к терапевт} и оценивших его по достоинству, особенно для тех пациентов, которые прежде пытались отстраниться от него и были враждебно настроены. Как обьяснила пациентка, ее эмоциональная изоляция и недоверие были для нее болезненными, но знакомыми ощущениями, и она приходила в ужас от перспективы утраты самой себя в отношениях, строящихся на доверии и взаимной любви.

В-четвертых, этот пример также иллюстрирует важность прояснения восприятия пациента, особенно если оно находится в разительном противоречии с реальностью. В этом случае, если позволить негативной трансферной реакции длиться, ничего в этой связи не предпринимая, то она может превратиться в "трансферный психоз", в убежденное разочарование в терапевте вместе с утратой способности нормального восприятия реальности. У пограничных пациентов, в отличие от психотических, трансферный психоз обычно ограничивается терапевтическими сеансами» и не сопровождается дезорганизацией за пределами врачебного кабинета. Однако такое развитие событий весьма удручающе, и поэтому требует немедленного внимания и осторожности.

Пограничные пациенты часто не понимают те слова, с которыми к ним обращается терапевт. Дело в том, что члены семьи, близкие пациента обычно используют такие слова и такие выражения, которые означают прямо противоположное по отношению к заложенному в них первоначальному смыслу. Опыт терапевта при подборе нужных языковых средств имеет важное значение для успешного применения им технических приемов, особенно в те моменты, когда проявляются трансферные реакции. Как свидетельствует вышеприведенный пример, при работе с такими пациентами вдвойне важно, чтобы терапевт не обнадеживал пациента и не защищал его напрямую от страхов, связанных со своими намерениями. Часто в разгар негативного трансфера действия говорят громче слов. Например, можно добиться положительного результата, если, как это ни парадоксально, предложить дополнительный сеанс враждебно настроенному, сыпящему обвинения или испытывающему страхи пациенту, а не просто декларировать перед ним свои благожелательные намерения. Повторяя "обвинения" пациента, направленные против него, мягким, спокойным тоном, терапевт может побудить пациента исследовать ситуацию более реалистически,

дать ему понять, насколько он способен принимать и ценить их эмоциональное общение.

Из-за интенсивности переживаемых конфликтов, из-за хрупкости собственного Эго пограничные пациенты — это люди, сориентированные на действия, им свойственны негативизм и сопротивление, своеобразная "глухота" в отношениях с терапевтом. Одна пациентка была просто поражена интерпретацией терапевта, которую, однако, впоследствии признала совершенно правильной. Однако ее первая реакция была враждебной: "Что вы имеете в виду?" Другой пациент, находясь в аналогичной ситуации, прокомментировал все следующим образом: "Я слышал лишь половину того, что вы сказали, но у меня такое чувство, что ко мне пристают с самого утра!" Терапевт должен поступать мягко, тактично и помнить, что негативных чувств никак не избежать при работе с этой категорией больных.

И КОНТРТРАНСФЕР

Каким образом следует использовать взаимосвязь трансфер — контртрансфер при работе с пограничными пациентами — это один из наиболее трудных, требующих больших эмоциональных затрат, но и сулящих большие достижения аспектов психотерапии; которому постоянно нужно учиться. Понимание такой взаимосвязи связано с определенными трудностями, особенно среди начинающих терапевтов, которые относят уничижительные оценки своего искусства со стороны пациентов на счет собственной неопытности. Чувство безнадежности, которое может возникнуть у терапевта в такой обстановке, может привести к отрицательным последствиям во взаимоотношениях с пациентом.

Для того, чтобы помочь себе, следует придерживаться некоторых принципиальных положений (см. таблицу **11-3):**

1. "Может, небольшая часть того, что относит ко мне пациент, справедлива, тем не менее то, как он воспринимает мою личность, связано с внутренними конфликтами пациента". Всем людям свойственны одни и те же тревоги, например, пытаясь интегрировать резкость кого-то из своих родителей, пациент окажется чувствителен к контртрансферной резкости своего терапевта.

2. "Перед лицом обвинений своего пациента в отношении моей враждебности и безразличия я не должен терять убеждения, что я, в основном, заботливый и чуткий терапевт, который заинтересован в благополучии своего больного, несмотря на проявляющуюся время от времени контртрансферную раздражительность".

3. "Я должен принимать негативные чувства пациента с интересом и заботой, не забывая о возможности их интерпретации и не относя их к собственной личности". И вновь следует помнить, что повторение обвинений в мягкой, "незащитной" манере, открытость к исследованию этих чувств приводят к исчезновению враждебности.

4. "Нужно использовать каждый сеанс с целью достижения дальнейшего прогресса и углубления понимания. Я должен проявлять терпение, понимая, насколько медленно способны прогрессировать пограничные больные". Однако, если пассивно плыть по течению сеанс за сеансом и позволить себя убаюкать интенсивными защитными механизмами пограничного пациента, не пытаясь работать с ними, то в результате всякая терапия будет лишена смысла и возникнет патовая ситуация.

5. ".Я должен честно признавать периоды собственного гнева и ненависти, которые я могу испытывать по отношению к своему пациенту и понимать те трансферные чувства, которые объясняют мою реакцию". Если терапевт стремится скрыть такие аффекты из-за того, что они противоречат его представлениям о себе как о заботливом и чутком терапевте, то в результате это может привести либо к прекращению лечения, либо к попытке самоубийства.

Таблица 11 -3.

НЕОБХОДИМЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ТЕРАПЕВТУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОR С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Необходимо помнить, что чувства пациентов **в отношении терапевта большей частью коренятся в** его прошлом.

Не позволяйте сбить себя **с** ощущения, что вы **остаетесь врачом, заинтересованным** в **прогрессе** пациента.

Не принимайте на **собственный счет** нез-ативные **чувства пациента.**

Стремитесь к тому, чтобы каждый **сеанс способствовал усилению прогресса** и улучшению **понимания.**

Честно признавайте собственные чувства сильного **гнева и ненависти.**

В конечном итоге цель терапевта при работе с пограничными пациентами состоит в обретении ими большего чувства безопасности, доверия и открытости во взаимоотношениях с терапевтом. Такое усилившееся чувство безопасности и доверия затем реализуется в его взаимоотношениях с другими людьми. Пограничные пациенты неизбежно являются зависимыми людьми, хотя их мощные защитные механизмы часто маскируют эту зависимость. Как мы увидели на примерах, приведенных в предыдущей главе, опыт доверия и зависимости в терапии является как необходимым, так и весьма трудным для пациента аспектом развития. К нему нужно подходить медленно, памятуя, что цветок расцветает постепенно. С осознанием и смягчением чувства зависимости, исходящего из детства, пограничные больные будут постоянно овладевать уверенностью в собственных силах и самоуважением.

• НАРЦИСТИЧЕСКИЕ И ШИЗОИДНЫЕ ПАЦИЕНТЫ

Как нарцистические, так и шизоидные пациенты во многом похожи на пограничных пациентов по природе исходной тревоги, защитным механизмам, которыми они наделены. Нарцистические пациенты, однако, проявляют тенденцию к более стабильной жизни, чем пограничные больные, особенно это касается истории их трудовой деятельности. Но истории личной жизни нарцистического пациента, как и пограничного больного, характеризуется обычным недостатком доверительности и интимности в отношениях. Терапия нарцистического больного имеет, как правило, более узкий фокус, чем терапия пограничного пациента.

Здесь в меньшей степени проявляются дериваты страха аннигиляции и в большей — забота о сохранении хрупкого самоуважения. Нарцистические пациенты устанавливают обычные трансферные связи. Одна группа-таких больных может считать себя "грандиозными людьми" и требовать от терапевта постоянного восхищения, которого, судя по всему, они не признают в качестве личности, отделенной от себя самих. Другая группа начинает усиленно идеализировать терапевта, - с чьим превосходством они стараются идентифицировать себя.

Такие два вида называются "зеркальным" и "идеализирующими" трансферами и характерны для пациентов с нарцистическими расстройствами. Пациенты с такими расстройствами проявляют тенденцию к восприятию терапевта как продолжения самих себя, поступая - • гак, как очень маленький ребенок, который заявляет о и < . тл исключительном праве на внимание со стороны матери, не обращая никакого внимания на существование каких-то ее собственных нужд и забот. В общем интерпретации здесь направляются на недостаток самоуважения у пациента и тоску пациента по родительским объектам, которые должны восхищаться, восхвалять, инструктировать, моделировать и точно отражать личность пациента. В ходе лечения по мере укрепления самоуважения, такие пациенты начинают проявлять большую способность к саморегулированию, большей глубине чувств и более глубокой интимности. Испытываемые терапевтом контртрансферные трудности вызывают у него дискомфорт в связи с тем, что его пациенты рассматривают его как продолжение самих себя. Кроме того, терапевту приходится выдерживать и одновременно интерпретировать требования восхищения и безоговорочной защиты.

Шизоидные пациенты очень похожи на пограничных. Обычно у них менее хаотическая история жизни, но они схожи с пограничными больными в недостатке базового доверия в отношениях. По сравнению с пограничными пациентами они менее "взрывные", менее эмоционально лабильны и менее склонны к отреагированию. Терапевт может быть введен в заблуждение внешним спокойствием шизоидных, пациентов и тем самым в результате может недооценить всю глубину их отчаяния, которое может и не передаваться в общении из-за отсутствия у пациенту базового доверия. С такими, пациентами терапевт должен быть особенно осторожным, как с интеллектуальной, так и эмоциональной точки зрения, отдавать полностью себе отчет в событиях, происходящих в жизни пациента, которые могут вызвать мысли о самоубийстве — такие как потеря работы или потеря даже "случайного" друга или знакомого. Цель лечения шизоид ных пациентов — улучшить их способность к эмоциональным контактам, доверию и самоуважению.

ш ВЫВОДЫ

Психотерапия, проводимая с пограничными, нарцистическими и шизоидными пациентами, — это работа, требующая отваги, но способная принести истинное удовлетворение. Работая с этой чрезвычайно хрупкой группой больных, терапевт должен как интеллектуально, так и эмоционально понять суть интеракции с пациентом. Это имеет важное значение для способности терапевта обеспечить мониторинг безопасности пациента и в конечном итоге интегрировать расщепленные негативные и позитивные аспекты образа "я" объектов. Для этого ему следует работать с расщеплением, отрицанием, негативным трансфером, искажениями восприятия реальности и примитивными защитными операциями. Важнейшее значение имеют эмпатическое сопереживание и аккуратное распределение технических действий во времени; следует помнить, что столкновения с негативным трансфером никогда не удается полностью избежать. Кантртрансферные чувства всегда интенсивны и их весьма трудно сдержать. Однако терпение и изучение их — важное средство в руках терапевта. В конечном итоге, самое важное в терапии для таких пациентов — это способность терапевта понять, сдержать, интегрировать и, отразив, направить обратно к пациенту его интенсивные и болезненные чувства.

2 Глава ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ **ПСИХОТЕРАПИЯ**

Поддерживающая психотерапия — наиболее распространенный вид психотерапии, применяемый в клинической практике. Но, несмотря на это, очень мало было написано по поводу этого способа лечения, еще меньше он систематически изучался. Основное понимание эффективности поддерживающей психотерапии, как и ее технических приемов, вытекает из психоаналитического понимания функционирования психики человека. Поддерживающая психотерапия предъявляет к мастерству терапевта высокие требования. Она требует понимания роли развития пациента в формировании его заболевания, а также сознания эффективности терапевтического альянса и трансфера в отношениях между доктором и пациентом. Так как здесь взаимоотношения с пациентом менее структурированы, что делает возможными быстрые и неожиданные изменения, поддерживающая психотерапия может стать чрезвычайно трудным методом, который при этом приходится применять на протяжении продолжительного курса лечения.

Поддерживающая психотерапия определяется своими целями и используемыми техническими приемами. В отличие от других видов психоаналитической терапии, которые "сориентированы на изменения", она стремится помочь пациенту вновь восстановить его лучший уровень функционирования в прошлом, принимая во внимание все ограничения, связанные с заболеванием, способностями, биологическими реалиями и жизненными обстоятельствами (см.таблицу 12-1)

Таблица 12-1.

ВЫБОР ЦЕЛИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Цель

Поддержание или восстановление обычного уровня функционирования.

Отбор

Пациент вполне здоров, но подвержен сильному стрессу; или же пациент с серьезным или хроническим заболеванием, приведшим к существенным нарушениям функции Эт. I In циент способен **оценивать состояние собственной безопасности, испытывать доверие.**

Продолжительность

Лечение может продолжаться от нескольких дней до нескольких лет.

Различие между поддерживающей психотерапией и другими видами психотерапии можно сравнить с различием между лечением вирусной инфекции и лечением бактериальной инфекции. Обычно лечение вирусной инфекции носит поддерживающий характер, пациенту оказывается помощь с целью поддержать процесс естественного исцеления в такой обстановке, которая не усиливает риска. В отличие от этого бактериальные инфекции обычно лечатся с помощью антибиотиков, чтобы таким образом исключить причину заболевания. Фактически, однако, все виды лечения — как психотерапия, так, в частности, и психоанализ — включают в себя элементы поддержки. Таким образом, такое различие не абсолютно, как это может показаться на первый взгляд, а, напротив, весьма относительно.

• ОТБОР ПАЦИЕНТОВ

Пациенты, находящиеся на поддерживающей психотерапии, разделяются на две категории: совершенно здоровые, хорошо адаптированные к жизни пациенты, но состояние здоровья которых пошатнулось из-за каких-то чрезвычайных жизненных событий, а также такие индивидуумы, которые страдают серьезным психическим заболеванием или имеют хронические проблемы в связи со значительными дефицитами в функционировании Это (см.таблицу 12-1). Совершенно здоровый пациент может в какой-то момент пострадать от избытка нахлынувших чувств, но он не утрачивает свои психические функции и способен со всем этим справиться после восстановления равновесия психических функций и резервов психической энергии. Большинство пациентов, которым пришлось испытать поистине травматические события (например война, землетрясение, катастрофы, несчастные случаи на дорогах) подпадают под эту категорию и несомненно возобновят свое нормальное функционирование после курса поддерживающего лечения. По контрасту, более типичные пациенты поддерживающей психотерапии страдают от хронических затруднений и не имеют определенных важных способностей, которые позволили бы им прогрессировать в рамках психотерапии, ориентированной на изменения.

Типичный для этой категории пациент страдает от неадекватного восприятия реальности, недостаточного контроля за своими импульсами, ограниченных межличностных взаимоотношений, недостаточной, либо, напротив, избыточной эмоциональности и от своей тенденции выражать конфликты вовне. Кандидаты для такой психотерапии не получают значительного облегчения только от одного понимания своих проблем либо потому, что они не способны мыслить в психологических категориях, либо потому, что они не умеют применять и обобщать полученные знания. Часто они применяют примитивные защитные механизмы, такие как расщепление, прожективную идентификацию и отрицание, что заставляет их переживать на своем опыте окружающий мир как угрожающий, не позволяющий чувствовать себя в безопасности. Таким образом, могут возникнуть трудности при поддержании терапевтического альянса; терапевту может понадобиться активное вмешательство для того, чтобы продемонстрировать пациенту свою заинтересованность и безопасность его с пациентом взаимоотношений. Часто конфликты и поведенческие манеры пациента носят хронический характер и как бы "вынуждают" окружающих к реципрокным ответным действиям.

Так, мазохический пациент находит "садистскую атаку", полный гнева, но ищущий помощи пациент получает отказ, а пограничный истерический пациент сталкивается с откровенной эксплуатацией. Из-за сложности таких взаимоотношений диагностика и регулирование трансфера и контртрансфера являются основными задачами для эффективной поддерживающей психотерапии.

Несмотря на существование всех этих относительно слабых мест своей психики, пациент должен продемонстрировать свою способность к развитию доверия в межличностных отношениях. Хотя пациент может оказаться неспособным удержать чувство безопасности в своих мыслях и фантазиях, но он или она должны быть способны признать безопасность в реальности, если им это надлежащим образом объясняется и наглядно демонстрируется. Стабильная, пусть и ограниченная, работа с терапевтом, а также наличие общения представляют собой добрый прогностический знак. Тот пациент, который обладал позитивным опытом в отношении одного из своих родителей или старшего брата или сестры, которого воспринимали как нормального человека или, по крайней мере такого, "который делал все, что мог", часто добивается лучших результатов при таком виде психотерапии.

Клиницист должен время от времени вспоминать, что существуют альтернативные поддерживающей психотерапии вмешательства, когда дело касается пациента с ярко выраженными "эго-дефицитами". Советы, реабилитационные программы, манипуляции с окруже-

нием — таковы эффективные вмешательства в случае, если поддерживающая психотерапия не показана. Кроме того, медикаментозное лечение тоже может оказаться в этом случае эффективным.

Без психотерапии, однако, при хронических заболеваниях ни медикаментозное лечение, ни межличностные или социальные вмешательства не приведут к желаемому успеху. Напротив, все эти вмешательства можно проводить через психотерапевтическую работу.

0 ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ

Глубинное понимание пациентом истории развития и своего защитного стиля настолько же важно для поддерживающей психотерапии, как и для всех прочих видов психоаналитически ориентированных психотерапии. Только вооружившись такими знаниями, терапевт может точно оценить создавшийся терапевтический альянс, понять, где и каким образом усилить защитные механизмы пациента, осознать, когда и каким образом работать с трансфером. Таковы основные аспекты того, что мы сокращенно называем "поддержкой", хотя это — довольно сложная для понимания концепция, реализация которой требует высокого мастерства.

Укрепление хороших рабочих взаимоотношений с пациентом — это первоочередная задача в поддерживающей психотерапии. Постоянная, предсказуемая доступность терапевта составляет суть терапевтических взаимоотношений и является новым опытом в жизни пациента (см.таблицу 12-2).

Таблица 12-2.

ТЕХНИКА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Необходимость хорошо знать защитные механизмы пациента и конфликты, связанные с его развитием.

Установление и поддержание терапевтического альянса.

Обеспечение "поддерживающей окружающей обстановки".

Организация мышления пациента, "передача взаймы" Эго терапевта.

Постоянное внимание к состоянию трансфера.

Выражение в измененном виде аффектов пациента, с целью его самопознания.

Изучение альтернативных возможностей лечения.

Использование интерпретации осмотрительно, лишь с целью поддержки.

Применение медикаментозного лечения и котрольвыполнения пациентом предписаний врача.

В силу того, что раппорт в поддерживающей психотерапии не создается благодаря наблюдению передачи пациентом своих чувств в каждый момент терапии или своего отношения к терапевту, как это происходит в психодинамической психотерапии, взаимоотношения с врачом носят совершенно иной характер. Здесь взаимоотношения доктор — пациент носят более направляющий, менторский характер.

Рабочие ;отношения, доверие и чувство безопасности возникают из понимания терапевтом сложных чувств пациента в каждый момент терапии. Когда пациент прибегает к проекции и начинает описывать окружающие его опасности, то опытный терапевт отдает себе отчет в растущей внутри пациента агрессии и стремится найти то, что может оказаться каким-то неисполненным агрессивным желанием или активацией какого-то деструктивного порыва, возникшего в ходе идентификации с ненавистным родителем. Так, используя психодинамическое понимание жизни пациента, терапевт может задать, например, такой вопрос: "Ну, каковы ваши планы в отношении поисков следующего места работы?", или выразить в измененной форме охвативший пациента гнев: "Вы почувствовали гнев своего босса и, конечно, захотели проявить свой собственный". Способность терапевта оказать пациенту поддержку основывается на понимании клиницистом нынешнего конфликта пациента, состояния его защит и трансфера. Вооружившись такими знаниями, терапевт может предпринять вмешательство через выражение чувств, охвативших пациента, но в измененной, приглушенной форме, признание успехов пациента и обеспечение "поддерживающей обстановки", пользуясь которой пациент может отложить или подавить свою реакцию, что замедляет его социальное снижение.

Часто повторяемое утверждение, что терапевт дает советы, является, по сути дела, недопониманием того, что же происходит на самом деле в хорошей психотерапии. Пациент, проходящий поддерживающую психотерапию, не в меньшей степени склонен к амбивалентности и обычно отвергает совет, как и любой другой. Не нужно считать, что осуществляющий поддерживающую психотерапию терапевт умнее, чем другие! Будет более точным предравить действия такого терапевта как организационные и исследовательские альтернативы.

Когда терапевт советует пациенту взять такси и приехать к нему на прием, то клиницист тем самым обеспечивает сиюми

нутную организацию внутренней и внешней жизни пациента, и это можно сравнить с тем, что происходит при госпитализации. Это часто называют "передачей взаймы" Эго терапевта. Однако, когда пациенту предстоит принять какое-то важное решение, такое как развод, повторный брак, перемена места работы, то терапевт обычно оказывает наилучшую помощь и наилучшим образом сохраняет терапевтический альянс, анализируя все преимущества и все недостатки того или иного варианта выбора вместе с пациентом.

По сути дела, технические приемы не сильно отличаются от приемов, используемых в психоаналитической терапии. Однако в психоаналитической терапии эта часть работы обычно выполняется пациентом в одиночку после идентификации невротического элемента, который является причиной его слабости. В поддерживающей психотерапии терапевт помогает пациенту не просмотреть какую-то важную область: "Я думаю, вы не упоминали о том, что вы не хотите ехать домой к матери из-за нежелания ее разочаровать. Мы знаем, как вы себя плохо из-за этого чувствуете", — и затем приступает к изучению вариантов после того, как они были соответствующим образом определены: "Да, конечно, отказ от поездки к ней домой плохо на вас скажется, если вы чувствуете, что это ее расстроит; но, с другой стороны, вы почувствуете, что лучше контролируете ситуацию с работой, принимаете решения, которые необходимы для вашей семьи".

Способность терапевта признать и с уважением отнестись к конфликтующим желаниям пациента, его стремлению к независимости и получению дополнительного заряда энергии может стать источником контртрансферной фрустрации для самого терапевта. Пациент склонен реагировать на успех потребностью укрыться за позитивным отношением к нему терапевта и воспользоваться его защитой. Такой часто повторяющийся "сценарий" предусматривает понимание со стороны терапевта, который сможет рассматривать такую драму в контексте развития пациента и не расценить его как удар по его личности.

После многократных повторений терапевт может найти возможность поговорить с пациентом о таких противоречивых чувствах, не давая ему при этом почувствовать, что клиницист либо отвергает его потребности, либо они вызывают у него раздражение. Хотя интерпретация не является основой поддерживающей психотерапии, она все же присутствует в этом виде лечения (см.таблицу 12-3).

Таблица 12-3.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Применяйте интерпретации с осторожностью.

Нужно подготовить пациента к этому.

Ободрите его одновременно с интерпретацией.

Предоставьте пациенту свободу отвергнуть интерпретацию.

Окажите пациенту помощь в проработке реакции на интерпретацию.

Интерпретации в поддерживающей психотерапии отличаются тем, как и как часто они даются, предварительной работой, необходимой для подготовки пациента, чтобы он способен был их услышать, использовать и получить поддержку. Интерпретации проводятся чаще в моменты низкой эмоциональной интенсивности, когда пациент настроен на то, что интерпретация скоро будет дана и что она необходима для снижения его уровня тревоги. Кроме того, пациенту должна быть предоставлена возможность отвергнуть интерпретацию ("Может, у вас возникло чувство..."). Терапевт не должен хранить молчание после окончания интерпретации и должен всячески дать понять пациенту, что он доступен и в любой момент может прийти ему на помощь во время обдумывания им нового материала.

Медикаментозное лечение может быть важным аспектом поддерживающей психотерапии. Изучение чувств пациента и его мыслей относительно любых изменений медикаментозного лечения может помочь в деле выполнения предписаний врача. Когда пациент осознает, что вся его озабоченность услышана, то он чувствует себя в значительно большей безопасности. Невротические или психотические конфликты могут приводить к прекращению приема лекарств (например: "Ах, это лекарство обычно принимала моя мать!"), что должно вовремя подвергаться тщательному исследованию в поддерживающей трактовке. Кроме того, пациенту должна быть дана точная информация. Иногда выбор какого-то альтернативного медикаментозного лечения может предотвратить отказ пациента, а динамическое понимание его проблем может помочь в выборе нужного лекарства.

СЛОВАРЬ

Вторичное достижение (secondary gain) в отличие от Первичного достижения — конкретная выгода, вытекающая из наличия заболевания.

Дневной остаток (day residue) — часть недавнего жизненного опыта, используемого в качестве строительного блока для сновидения.

Долгосрочная психотерапия (long-term psychoterapy) см. Психодинамическая психотерапия.

Дополнительный контранфер (complementary countertransference) — идентификация терапевта с какой-то значимой фигурой из прошлого пациента, к которой был обращен трансфер.

Завершающая фаза лечения (end phase of treatment) — стадия лечения, которая обычно начинается с установления даты его завершения. Пациент продолжает самоанализ; наиболее важными становятся вопросы утраты взаимоотношений и независимости.

Завершение (termination) (см. также Завершающая фаза лечения) —завершение курса психотерапии. Эта фаза предъявляет особые требования как к пациенту, так и к терапевту.

Защита (defense) см. Защитные механизмы.

Защитные механизмы (mechanisms of defense) — способы мышления, направленные на смягчение неприятных аффективных состояний (тревога) и удерживающие бессознательные конфликты вне сознания. В качестве примеров можно привести интеллектуализацию, вытеснение, экстернализацию, соматизацию, расщепление, отрицание и отреагирование.

Интерпретация (interpretation) — техническая процедура, превращающая бессознательное (находящееся вне сознания пациента) в сознательное. Может включать связывание трансфера с опытом настоящего или с какой-то значимой фигурой в прошлом.

Контртрансфер (countertransference) (см. также Согласующийся трансфер и дополнительный трансфер) — эмоциональный опыт психотерапевта, ощущения, связанные с пациентом. Может быть как подспорьем, так и препятствием влечении. Может восприниматься терапевтом как проявление давления, оказываемого на него со стороны пациента, чтобы заставить его действовать определенным образом.

Краткосрочная психодинамическая психотерапия (brief psychodynamic psychotherapy) — психодинамическая психотерапия, которая носит фокальный характер и ограничена по продолжительности обычно 12 — 20 сеансами.

Начальная стадия лечения (opening phase of treatment) — начальная фаза лечения, обычно направления на установление терапевтического альянса, определение инициального опыта пациента, связанного с большими надеждами, а затем с разочарованиями, обучение свободному ассоциированию, принципам анализа защитных механизмов и трансфера.

Невроз (neurosis) — старый термин из психоаналитической литературы, обозначающий внутренний конфликт.

Объектные отношения (object relations) — мир общения с "внутренними репрезентациями людей", отличающихся от реальных личностей, это мир переживаний, населенный значениями и ощущениями, а не реальными событиями.

Объекты (objects) см. Объектные отношения.

Отреагирование (acting out) — выражение бессознательного конфликта действием, а не словами.

Пассивность (abstinence) — прием, используемый терапевтом, выражающийся в его относительной молчаливости, но не в полной отстраненности, что позволяет ему лучше наблюдать за организацией психической деятельности пациента. Требует необходимого объяснения и обучения пациента.

Первичная выгода (primary gain) — в отличие от Вторичной выгоды облегчение неприятных аффектов (тревога), вызываемое работой защитных механизмов.

Поведение (behavior) — мысли, чувства (аффекты), фантазии и действия.

Поддерживающая психотерапия (supportive psychotherapy) — психотерапия, направленная на оказание помощи пациенту с целью восстановления предыдущего наилучшего уровня адаптации. Наиболее распространенный вид психотерапии, требующий вдумчивости и искусного применения принципов и технических приемов психодинамической психотерапии. '

Психическая реальность (psychic reality) — "внутренний мир", то есть бессознательные восприятия, основанные скорее на смысле происходящих событий, чем на самих реальных событиях. Он определяется биологическими данными и опытом развития человека.

Психоанализ (psychoanalysis) — психотерапевтическое лечение большой интенсивности, которое продолжается обычно несколько лет и направлено на установление психической реальности пациента, его смыслового мира с помощью анализа трансфера. Главное внимание уделяется тем областям, которые воздействуют на его поведение. Этот термин также используется для описания теории функционирования психики, возникшей на основе этого метода.

Психоаналитическая психотерапия (psychoanalitic psychotherapy) см. Психодинамическая психотерапия.

Психодииамичсская психотерапия (psychodynamic psychotherapy) — известна также под названием Психоаналитическая психотерапия, сориентированная на инсайт психотерапия, эксплоративная (исследовательская) психотерапия, долгосрочная психотерапия "разговорное лечение", основанное на психоаналитическом понимании работы психики (например, наличие защитных механизмов, трансфера, психической реальности). Основной задачей является сделать то, что находится вне сознания, доступным сознательной переработке через познание стилей поведения, сформировавшихся в детстве.

Психотерапия (psichotherapy) — общий термин для всех методов "разговорного лечения". Вербальный обмен между экспертом и нуждающимся в помощи челоис ком, цель которого изменить характерный "стиль" его поведения, который лежит

в основе испытываемых пациентом трудностей. Включает когнитивную психотерапию, межличностную психотерапию и психоанализ в ряду других методов.

Рабочий альянс (working alliance) см. **Терапевтический альянс.**

Свободная ассоциация (free association) — техническая процедура, побуждающая пациента высказываться как можно свободнее, избегая при этом суждений, говорить все, что приходит ему на ум. Весьма относительный термин. Требует обучения пациента.

Согласующийся контртрансфер (concordant countertransference) — идентификация терапевта с эмоциональным опытом пациента.

Сопротивление (resistance) — клинический термин, применяемый для описания опыта терапевта, связанного с преодолением бессознательного сопротивления со стороны пациента и его отказа пережить на опыте неприятные чувства, имеющие отношение к конфликтам детства. Включает защитные механизмы, вторичную выгоду, усиление отреагирования, стремление наказать себя, потребность в противодействии процессу лечения.

Сориентированная на инсайт психотерапия (insight-oriented psychotherapy) см. **Психодинамическая психотерапия.**

Средняя фаза лечения (mid phase of treatment) — терапевт работает вместе с пациентом с целью изучения трансфера и защитных механизмов.

Терапевтический альянс (therapeutic alliance) — основанный на реальных потребностях союз между пациентом и терапевтом, работающими совместно.

Трансфер (transference) — опыт действия, чувствования и восприятия по отношению к другому человеку, который как бы становится какой-то значимой фигурой из прошлого пациента. Важный аспект психоаналитических видов терапии. Не ограничивается только рамками психотерапии.

Трансферное сопротивление (transference resistance) — сильные желания трансферного удовлетворения, которые могут возникать из позитивных или негативных трансферный чувств.

Фаза обследования (evaluation phase) — первоначальные два — четыре сеанса с целью обследования и оценки больного и прингтия окончательного решения о его лечении.

Эксплоративная психотерапия (explorative psychotherapy) см. **Психодинамическая психотерапия.**